

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts
HES·SO en travail social

Haute École de Travail Social – HES·SO // Valais - Wallis

**Prise en charge de personnes souffrant d'une maladie
psychiatrique en milieu carcéral**

L'article 59 du Code Pénal suisse

Les agents de détention gravitant autour d'un détenu aux EPO

Réalisé par : Sarrasin Camille

Promotion : Bac ES 11 PT

Sous la direction de : Emmanuel Solioz

Sierre, le 30 mai 2015

Table des matières

1. Introduction	7
1.1 Choix de la thématique	7
1.2 Motivations	7
1.3 Objectifs poursuivis	8
1.4 Plan de lecture	8
2. Cadre théorique	8
2.1 La justice pénale	10
2.1.1 La procédure et les sanctions pénales	11
2.1.2 Les juridictions pénales	13
2.1.3 Services et Commissions	17
2.1.4 Les Etablissements de la plaine de l'Orbe	20
2.1.5 Curabilis	24
2.2 La psychiatrie forensique	26
2.2.1 La prise en charge	30
2.3 Santé mentale en milieu carcéral	32
2.3.1 Evaluation, prévention	32
2.3.2 Les effets de l'enfermement	34
2.3.3 Pathologies, troubles et comportements	35
3. Observations et questionnements	40
4. La problématique	44
4.1 L'article 59 CPS: ses buts et ses conséquences	44
4.2 Maladies psychiatriques: une affaire judiciaire?	47
4.3 Question de recherche	48
4.3.1 Hypothèses	49
5. Démarche méthodologique	49
5.1 Champ d'étude	49
5.2 Outils de recueil de données	50
6. Analyse des données	51
6.1 Le métier d'agent de détention	52
6.1.1 Les agents sur le terrain	54
6.2 Connaissances et intérêts	59

6.3 La maladie psychique au quotidien.....	63
6.3.1 Subir la maladie	68
6.4 Le passage à l'acte.....	71
6.5 La vision de l'art.59 CPS.....	75
6.6 Collaboration entre professionnels.....	81
6.7 Unité psychiatrique/Unité 7	86
6.8 Prises en charge préconisées	90
 7. Conclusion.....	 96
7.1 Bilan personnel.....	98
 8. Bibliographie.....	 99
8.1 Bases légales.....	100
 Annexe 1: articles du CPS	 101
Annexe 2 : canevas d'entretien	104
Annexe 3: grille d'entretien	106
Annexe 4 : les principes déontologiques	110

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont consacré leur temps et leur énergie pour m'apporter le soutien et l'aide nécessaire à la réalisation de ce travail de Bachelor. Je souhaite ainsi remercier tout particulièrement :

- Mme Adeline Derivaz, pour son précieux travail de relecture. Les corrections et suggestions apportées par son expérience d'enseignante m'ont permis de présenter un texte plus épuré et structuré.
- Mme Kathleen Watson et Mme Laurence Huelga, pour le temps qu'elles ont consacré aux retranscriptions d'une partie de mes entretiens.
- À la direction des Etablissements de la plaine de l'Orbe, pour la confiance témoignée.
- Aux chefs et sous-chefs du pénitencier de Bochuz et de la Colonie et aux agents de détention pour leur précieuse collaboration et leur disponibilité.
- M. Emmanuel Solioz, directeur de mon travail de Bachelor, pour ses conseils et son écoute.

Déclarations

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de l'examen final de la Haute Ecole de Suisse Occidentale de Sierre, en vue de l'obtention du titre de travailleuse sociale, orientation éducation sociale.

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure. »

« Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. »

« Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. »

« J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche ».

« Dans le présent texte, l'utilisation du langage épïcène a pour but de faciliter la lecture. La forme masculine est donc à entendre au sens neutre. »

Sierre, le 30 mai 2015
Camille Sarrasin

Résumé

Ce travail de Bachelor s'articule autour de multiples réflexions relatives à la prise en charge de détenus souffrant d'une maladie psychiatrique. Plus spécifiquement, il s'intéresse aux personnes sous mesure thérapeutique au sens de l'article 59, entré en vigueur en 2007 suite à la dernière révision du Code pénal suisse. L'introduction de cette mesure visait avant tout une amélioration du suivi socio-thérapeutique et de l'accès aux soins pour les personnes concernées. Cependant, la réalité du terrain s'avère être tout autre. Prises en charge inadaptées, lieux inappropriés, durée d'incarcération indéterminée sont tout autant de paramètres qui soulèvent bon nombre de problématiques. La souffrance engendrée par une pathologie psychiatrique est ainsi mise au second plan, au profit d'une politique visant la sécurité de la société avant tout. La psychiatrie exercée en milieu carcéral devient alors un véritable déficit soulevant de multiples questionnements éthiques. Les professionnels côtoyant jour après jour les personnes détenues souffrant d'une maladie psychiatrique, en particulier les agents de détention, doivent trouver des moyens de pallier à différents manques : de temps, d'outils, de structures, d'encadrement...

Après un cadre théorique retraçant les spécificités de la justice pénale, les fragilités de la santé mentale et la complexité d'une prise en charge thérapeutique en milieu carcéral, la parole est donnée au personnel de surveillance. Au quotidien, ces professionnels observent, constatent et vivent des situations parfois inextricables. Force est alors de constater l'impuissance ressentie face à certaines souffrances exprimées. Comment conjuguer des notions telles que le soin, l'accompagnement, la construction d'un lien avec toutes les conséquences découlant de la privation de liberté, de l'enferment, de la dépression ? Voilà l'une des questions centrales de ce travail de Bachelor à laquelle je tente d'amener un début de réponse.

Mots-Clés

Milieu carcéral, maladie psychiatrique, détenus, agents de détention, prises en charge socio-thérapeutiques, mesure thérapeutique, Code Pénal, psychiatrie forensique, santé, prison

Abréviations

Afin de rendre mon texte plus digeste, un listing de toutes les abréviations contenues dans les différents chapitres de mon travail s'est avéré nécessaire :

CAAD	Centre d'Accueil pour les Adultes en Difficulté
CCS	Code Civil Suisse
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIC	Commission Interdisciplinaire Consultative
CNPT	Commission Nationale de Prévention de la Torture
COO	Colonie Ouverte
COF	Colonie Fermée
CPP	Code de Procédure Pénale
CPPO	Complexe Pénitentiaire de la plaine de l'Orbe
CPS	Code Pénal Suisse
DIS	Département des Institutions et de la Sécurité
DSAS	Département de la Santé et de l'Action Sociale
EAP	Exécution Anticipée de Peine
EPO	Etablissements de la plaine de l'Orbe
HUG	Hôpital cantonal Universitaire de Genève
JAP	Juge d'Application des Peines
LACPP	Loi d'Application du Code de Procédure Pénale
LEP	Loi sur l'Exécution des Condamnations Pénales
OEP	Office d'Exécution des Peines
PEM	Plan d'Exécution de la Mesure
PES	Plan d'Exécution de la Sanction
SMPP	Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaire
SPEN	Service Pénitentiaire
TEX	Travail Externe
TMC	Tribunal des Mesures et Contraintes
UPMP	Unités de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

1. Introduction

1.1 Choix de la thématique

La maladie psychique et les nombreuses inconnues qui accompagnent la prise en charge des personnes qui en souffrent ont toujours fait partie des sujets qui me passionnent et m'interpellent par leur complexité. Je savais donc pratiquement dès le début de ma formation que mon travail de recherche allait se diriger vers une thématique y relative. Par la suite, diverses expériences sont venues conforter et préciser le choix de mon sujet. Notamment, la première période de formation pratique que j'ai effectuée au CAAD (Centre d'Accueil pour les Adultes en Difficulté) à Saxon. Cette institution accueille des adultes âgés de 18 à 65 ans qui souffrent de troubles psychiques et pour certains d'entre eux, de problèmes d'addiction également. L'isolement et les ruptures de liens sont bien souvent à l'origine de leur désinsertion médicale, sociale ainsi que professionnelle et généralement, ils ont épuisé toutes les possibilités de soutien offertes par d'autres instances. Ce centre est la seule institution valaisanne de placement à prendre indifféremment en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, somatiques, sociaux ou découlant d'une toxicomanie, mais aussi faisant l'objet d'un placement civil (art.397 du Code civil suisse) et/ou pénal (art.59, 60 et 63 du Code pénal suisse). Dans le cadre de ce stage, j'ai donc été amenée à partager le parcours d'adultes ayant séjourné en prison. Ces échanges m'ont poussée à diverses réflexions, notamment au sujet de la prise en charge des personnes souffrant de maladies psychiques en milieu carcéral. Ce sont ces interrogations et cette envie de découvrir le quotidien de cette population, en prison, qui ont orienté mon choix vers les EPO (Etablissements de la Plaine de l'Orbe) comme second lieu de stage.

1.2 Motivations

Les récits de vie des personnes que j'ai côtoyées au CAAD sont l'une des premières raisons qui m'ont amenée à vouloir travailler sur ce sujet. Leur expérience de la prison était bien souvent douloureuse et les causes en étaient multiples : médication inadaptée, augmentation du sentiment de persécution dû à l'enfermement, maltraitances infligées par les codétenus, manque de temps, de dialogues et d'échanges avec le personnel, isolement... La problématique est notamment récurrente par rapport aux personnes faisant l'objet d'une mesure thérapeutique au sens de l'article 59 du Code pénal suisse (article de loi que j'explique plus loin, relatif aux actes commis en relation avec un trouble mental). Selon l'appréciation de la justice, la personne concernée sera soit placée en institution spécialisée, offrant un suivi thérapeutique adapté, comme le CAAD, soit en milieu fermé, autrement dit, en milieu carcéral. J'aurai l'occasion de développer ces différents aspects par la suite.

Ce sujet est au cœur de l'actualité. En effet, de nombreux articles récents ainsi que divers reportages traitent des multiples questionnements qui l'entourent. La mise en place de structures, plus à même de prendre en charge ces personnes, est en cours. Les autorités vaudoises planchent notamment sur un vaste projet présenté en juin 2015 dernier, qui s'étendra jusqu'en 2022 et dont le coût se monte à cent millions de francs. Celui-ci comprendra notamment la construction d'un nouveau bâtiment de huitante places en régime ouvert à la Colonie des Etablissements de la plaine de l'Orbe et d'une réaffectation d'une partie de la prison de la Tuilière, à Lonay. Cet établissement doit être transformé d'ici 2018 pour accueillir le futur Centre cantonal de mesures et de prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques. À cela s'ajoutera l'aménagement du Complexe Pénitentiaire de la plaine de l'Orbe (CPPO) regroupant les EPO ainsi que la Croisée, prison avant-jugement. Le pénitencier de Bochuz disposera alors de quarante-deux places destinées aux régimes

spéciaux et adaptées à la prise en charge des personnes ayant des maladies psychiques. Il possède actuellement une unité psychiatrique, mais elle est composée de huit cellules seulement. Le site de Cery va lui aussi s'agrandir et accueillir des patients sous mesures thérapeutiques au sens de l'art.59 CPS. À Genève, un projet similaire nommé Curabilis a ouvert ses portes l'année passée à proximité de la prison de Champs-Dollon et offrira, à terme, nonante-deux places.

Les motivations qui m'animent pour effectuer mon travail de Bachelor sur cette thématique sont nombreuses. J'ai une réelle volonté de compréhension face à ce qui se fait et se passe aujourd'hui, ainsi que sur les projets d'avenir. Exposer les ressentis des professionnels interrogés amène un regard direct sur les pratiques actuelles. Mes observations et mes constatations sur le terrain ajoutent un complément plus personnel au cadre théorique et aux entretiens. Le but de mon travail est notamment de mettre évidence les multiples problématiques rendant si complexe l'accompagnement de détenus fragilisés par une pathologie psychique.

1.3 Objectifs poursuivis

- Démontrer que la présence d'éducateurs sociaux en milieu carcéral est pertinente
- Définir les aspects légaux de l'article 59 du CPS
- Comprendre comment s'articule actuellement la prise en charge d'une personne placée sous l'article 59 du CPS
- Définir la réalité carcérale des EPO
- Approfondir mes connaissances en termes de prises en charge, de soutien et de soins aux personnes souffrant d'une maladie psychique dans le cadre d'un placement pénal
- Acquérir des outils concrets à appliquer dans mon futur professionnel auprès de cette population

1.4 Plan de lecture

La première grande partie de mon travail est composée par le cadre théorique. Ce dernier sera découpé en trois chapitres : la justice pénale, la psychiatrie forensique et la santé mentale en milieu carcéral. Développés sur la base de lectures scientifiques, ces trois thèmes seront complétés par des observations effectuées sur le terrain, qui m'amèneront à la problématique central de mon sujet. De cette problématique découlera ma question de recherche et mes hypothèses. J'explicitai ensuite ma méthodologie de travail en ce qui concerne mon champ d'étude et les outils de recueil de données utilisés. Enfin, l'analyse des entretiens et son lien avec la théorisation de ma problématique viendront finaliser ce travail de Bachelor et me permettront de vérifier mes hypothèses et d'atteindre les objectifs fixés.

2. Cadre théorique

Comme mentionné plus haut, mon cadre théorique s'articule en trois grandes parties : la justice pénale, la psychiatrie forensique et la santé mentale en milieu carcéral. Mon sujet englobe de nombreuses thématiques se trouvant à mi-chemin entre des aspects légaux et

médicaux. De ce fait, j'ai pris l'option d'aborder en premier lieu tout ce qui a trait aux procédures pénales, au Code pénal et aux différentes instances impliquées. Cela contextualise mon sujet de recherche afin de cerner au mieux la réalité dans laquelle il s'inscrit. Parler de psychiatrie forensique me permet d'entrer véritablement au cœur de ma question de recherche en abordant les nombreuses contraintes auxquelles sont soumis les professionnels travaillant auprès des détenus concernés. Enfin, la santé mentale en milieu carcéral amène des éléments qui font directement référence au quotidien des personnes incarcérées et de l'impact qu'un tel contexte peut avoir sur elles.

De nos jours, la maladie psychique est encore sujette à des aprioris et à une méconnaissance générale qui suscitent de nombreuses craintes au sein de la population. Les médias véhiculent des visions parfois faussées et nourrissent des croyances telles que « *schizophrénie = dangerosité* ». Le milieu carcéral est un contexte bien spécifique qui amène de multiples questionnements, appréhensions et inquiétudes chez bon nombre de personnes. Les représentations qui y sont associées telles que la violence, le crime, la punition, l'enfermement engendrent bien souvent des préjugés tenaces. Les détenus eux-mêmes sont stigmatisés. La psychiatrie en prison subit elle aussi l'attribution de diverses fonctions erronées. L'établissement pénitentiaire est perçu comme un lieu de distribution de calmants et de soins sous contrainte. La société imagine les professionnels comme des auxiliaires de la répression ou encore des complices de la délinquance et du détenu l'ayant commise. Une partie de la population en vient même parfois à justifier la prison comme dernier « *asile pour les fous et les psychotiques* »¹ (Gravier, B., 2007). Lorsque ces deux thématiques se regroupent cela ne fait que renforcer la méfiance et le sentiment d'insécurité qui anime une grande partie d'entre nous. Je ne peux d'ailleurs pas m'exprimer sur cette constatation sans évoquer le drame qui s'est déroulé dernièrement dans le canton de Genève. Une jeune sociothérapeute de « *La Pâquerette* », dans la prison de Champ-Dollon, a été tuée par un détenu alors qu'elle effectuait une conduite accompagnée sur l'extérieur fin 2013. Cet événement a suscité une vive émotion et de l'indignation au sein de la population, tout comme les meurtres de Lucie et de Marie qui ont été largement relatés dans les médias. Sur le plan politique, ces faits divers dramatiques ont engendré de nombreuses conséquences sur les régimes d'incarcération. Ils ont servi d'arguments aux partisans d'une justice plus sévère et d'un recours plus systématique à la prison et à des peines plus longues. L'opinion publique influence fortement la plupart des postures et des prises de position adoptées par les politiques, ce qui répond bien évidemment à une certaine logique. Cependant, cela peut aboutir à la mise en œuvre de nouvelles directives, comme le durcissement de la progression dans les régimes de détention, qui ne sont pas nécessairement la juste réponse pour pallier aux appréhensions de la société. Pour prendre un exemple précis, suite à l'affaire de la sociothérapeute Adeline, l'octroi de certaines sorties est devenu très compliqué de par les conditions qu'un détenu doit remplir. En effet, un climat de crainte s'est installé suite à ces divers drames qui ont frappé le monde pénitentiaire et les partenaires externes tout comme les politiques ne veulent prendre aucun risque. La conséquence qui découle de cette situation est que certains détenus se voient refuser des demandes alors qu'ils ne sont pas directement concernés par une problématique fondée. Tous sont « *mis dans le même panier* » et font en quelque sorte les frais de ce qui s'est passé à Genève notamment. Cela enlève toute considération de l'individu en tant qu'être à part entière. Ces mesures mettent en péril, dans la précipitation et sous le coup de l'émotion, un fonctionnement qui jusqu'ici avait fait ses preuves. Ces agissements m'interpellent car j'ai le sentiment que les mots « *dangerosité* », « *récidive* », « *criminels sexuels* » ou encore « *troubles de la personnalité* » sont

¹ Cours SSP donné par Bruno Gravier le 15 mars 2007 à l'université de Lausanne

indifféremment associés les uns aux autres et trahissent des amalgames et des peurs basés sur des faits divers, qui restent somme toute, rarissimes.

La prise en charge de détenus souffrant de maladie psychique pose, on le voit, de très nombreuses questions et soulève un dilemme qui n'est pas des moindres : « *Comment concilier l'idée de ce temps nécessaire avec le sentiment qu'il détruit ?* » (Gravier, B., 2007, slide 33).

2.1 La justice pénale

Pour définir le cadre légal de mon travail, je suis d'abord remontée à la source du droit Suisse, à savoir, les trois pouvoirs : législatif, exécutif et judiciaire (Kucholl, V., Amarelle, C., Jost, C., Nappey, G. & Mix et Remix., 2011). J'ai ensuite très vite ciblé ce qui concernait directement ma question de recherche et je me suis cantonnée au système vaudois. Dans le canton de Vaud, l'organe exécutif est représenté par le Conseil d'Etat qui est en charge de faire appliquer les lois. Celui-ci est formé de sept départements dont deux sont susceptibles de m'intéresser : le Département des Institutions et de la Sécurité (DIS) et le Département de la santé et de l'Action Sociale (DSAS).

Le pouvoir judiciaire s'assure que les lois soient appliquées. Ces dernières constituent les différents Codes, dont le Code pénal et sont définies et élaborées par l'Assemblée fédérale, représentant le pouvoir législatif. L'article de loi autour duquel s'axe ma question de recherche est l'article 59 du CPS et il s'intitule comme suit :

1 Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes :

- a. l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble ;*
- b. il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble.*

2 Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures.

3 Le traitement s'effectue dans un établissement fermé tant qu'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuie ou ne commette de nouvelles infractions. Il peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire au sens de l'art. 76, al.2, dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié.

4 La privation de liberté entraînée par le traitement institutionnel ne peut en règle générale excéder cinq ans. Si les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies après cinq ans et qu'il est à prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou de nouveaux délits en relation avec son trouble mental, le juge peut, à la requête de l'autorité d'exécution, ordonner la prolongation de la mesure de cinq ans au plus à chaque fois.

Le pouvoir judiciaire intervient avant tout au niveau cantonal. Le niveau fédéral n'entre en ligne de compte que dans certains cas bien spécifiques et en cas de recours. Dans le canton de Vaud, le Tribunal cantonal est l'autorité judiciaire supérieure.

2.1.1 La procédure et les sanctions pénales

C'est avant tout une procédure pénale (Kucholl, V., Amarelle, C., Jost, C., Nappey, G. & Mix et Remix., 2011) qui va amener une personne en prison (art.59, alinéa 3 CPS) ou en institution (art.59, alinéa 2 et 3 CPS). Cette dernière débute lorsqu'un individu commet un acte répréhensible par la loi. Une enquête policière s'ouvre alors. La police interroge les personnes impliquées et effectue des investigations préliminaires. Vient ensuite l'instruction durant laquelle un procureur appartenant au Ministère public procède à une enquête pénale afin d'amener des éléments au juge qui lui permettront de diriger sa future décision. Parallèlement, lorsque des doutes persistent quant à l'état de santé mentale du prévenu, une expertise psychiatrique est demandée. Si celle-ci mentionne la présence d'une maladie psychique qui puisse expliquer l'acte commis, la responsabilité de l'accusé va être restreinte. En attente du jugement, la personne concernée est placée en préventive pour autant que le procureur estime qu'elle représente un danger pour la société. Dans le cas contraire, elle reste libre. Dans les deux cas de figure, la situation peut être de longue durée et le prévenu se retrouve donc dans l'expectative d'une décision de justice dont l'issue lui est inconnue. Si celui-ci est en détention préventive, le choc de l'incarcération en elle-même peut s'ajouter aux effets néfastes que peut avoir ce temps d'attente sur sa santé psychique. Si cela s'avère nécessaire, il peut être transféré dans un hôpital psychiatrique. Cependant, les conditions de séjour sont extrêmement strictes et bien souvent trop lourdes à porter pour l'hôpital. L'accusé n'étant la plupart du temps pas stabilisé malgré son hospitalisation retourne alors en préventive. Dans ce cas-là, le juge peut ordonner un article 59 du CPS anticipé, grâce à une discussion au préalable avec le procureur, l'avocat du prévenu et les futurs acteurs concernés (directeur d'institutions ou d'établissements pénitentiaires). Cette mesure est ensuite confirmée ou infirmée lors du jugement, qui rappelons-le, peut avoir lieu des mois voire des années plus tard !

Durant tout ce laps de temps, lorsque le juge sait qu'il dirigera certainement son verdict vers un article 59 du CPS, il va se renseigner sur la place disponible ou non, en prison ou en institution. Et c'est là que le bât blesse. En Suisse romande, seul l'ancien secteur de la prison de Champ-Dollon, La Pâquerette, à Genève et les Etablissements de la plaine de l'Orbe sont véritablement habilités à accueillir des personnes sous l'article 59 du CPS en milieu fermé. En effet, selon les précisions indiquées dans l'application de cette mesure thérapeutique, les personnes concernées sont censées pouvoir bénéficier d'un encadrement psychiatrique, ce qui n'est pas le cas dans d'autres établissements pénitentiaires tels que Bellechasse par exemple. Quant aux diverses institutions pouvant accueillir des personnes sous mandat pénal, elles ne sont pas nombreuses et de plus en plus réfractaires selon les délits commis. Le nombre restreint de places disponibles et les délais d'attente souvent longs ne font que complexifier les possibilités de prises en charge. Tant que la prison ou le lieu institutionnel ne peuvent recevoir de nouveaux détenus ou résidents, la personne concernée est contrainte de rester en préventive.

L'enquête pénale peut se clôturer de deux façons. Soit elle est suspendue faute d'indices suffisants (décision de classement), soit le procureur la conclut par une ordonnance de mise en accusation. C'est dans ce deuxième cas de figure que le jugement intervient. Pour répondre à l'ordonnance de mise en accusation du procureur, le président du tribunal convoque ce dernier, l'accusé, les parties civiles (plaignants, lésés), les experts et les témoins. Lors de l'audience, il interroge l'accusé, les témoins et les experts. Il peut également recourir à tout autre moyen de preuve (en se rendant sur les lieux du délit, en exigeant une nouvelle expertise etc...). Le tribunal entend ensuite le procureur, les parties civiles puis les avocats, l'accusé s'exprimant en dernier. Enfin, il délibère à huis clos et rend ensuite une décision motivée en séance publique dans laquelle il légitime son verdict : soit il condamne l'accusé à une peine

ou à une mesure, soit il prononce un non-lieu, soit il l'acquitte. Il faut savoir qu'une mesure peut remplacer ou compléter cette peine.

Il existe donc deux grandes catégories de sanctions pénales : les peines ou les mesures. Les peines comprennent la peine privative de liberté (suppression ou limitation de la liberté individuelle d'une durée de six mois à 20 ans, voire à vie), la peine pécuniaire et le travail d'intérêt général. Les mesures que prévoit le Code pénal suisse tel que révisé et appliqué depuis 2007, sont les suivantes : les mesures thérapeutiques (le traitement des troubles mentaux selon l'art.59, le traitement des addictions selon l'art.60, les mesures applicables aux jeunes adultes selon l'art.61 et le traitement ambulatoire selon l'art.63), l'internement (art.64) et d'autres mesures telles que l'interdiction d'exercer une profession ou de conduire (art.66). Leur durée n'est pas déterminée en fonction de la faute commise par l'auteur, mais dépend du but poursuivi par la mesure. Pour qu'une mesure thérapeutique telle que l'article 59 CPS soit prononcée, il faut en premier lieu que l'auteur ait commis un crime ou un délit en relation avec un trouble mental. De plus, la possibilité que cette mesure le détourne de nouvelles infractions en relation avec ce trouble doit être envisageable. L'exécution de la mesure s'effectue en règle générale dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures. S'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuit ou ne commette de nouvelles infractions, le traitement se fait dans un établissement fermé. L'alinéa auquel va se référer le juge déterminera le contexte dans lequel elle s'effectuera : milieu ouvert ou milieu fermé. Une limite supérieure de cinq ans est fixée dans le Code pénal pour le traitement institutionnel des troubles mentaux. Si les conditions d'une libération ne sont pas réunies, le juge peut prolonger ce délai de cinq ans au plus à chaque fois, voire à vie si nécessaire ! L'auteur est libéré conditionnellement de l'exécution de la mesure si son état justifie de lui donner l'occasion de faire ses preuves en liberté. Le délai d'épreuve dure de un à cinq ans et peut être prolongé aussi longtemps qu'il le faut. En cas d'échec de la mise à l'épreuve, le juge peut lever la mesure thérapeutique et en ordonner une autre.

L'internement au sens de l'art.64 est essentiellement une mesure de sécurité qui a pour but de protéger autrui contre la récidive de la personne condamnée. La mesure d'internement permet une privation de liberté de durée indéterminée afin de neutraliser l'auteur de l'infraction. Bien qu'elle vise l'exclusion du condamné de la société, le principe de réinsertion, valable pour toutes peines privatives de liberté, s'applique également dans ce cas. Deux conditions cumulatives sont nécessaires pour pouvoir prononcer une mesure d'internement. L'infraction doit être grave (assassinat, viol, prise d'otage...) et son auteur doit avoir voulu porter atteinte à l'intégrité d'autrui. La seconde condition a trait au pronostic légal concernant l'auteur de l'infraction dont on craint qu'il ne commette d'autres infractions du même genre. Un internement peut être ordonné non seulement dans le cadre de la procédure ordinaire, mais également ultérieurement si de nouveaux faits permettent d'établir que le condamné remplit les conditions susmentionnées (art.65 al.2 CPS). Contrairement aux mesures thérapeutiques, l'exécution d'une peine privative de liberté précède toujours l'internement. En règle générale, ce dernier est exécuté à vie, dans un établissement pénitentiaire fermé. La personne condamnée fait cependant l'objet d'un examen régulier afin d'évaluer si elle peut bénéficier d'une libération conditionnelle ou d'un traitement thérapeutique institutionnel (art.59 CPS). La levée de l'internement prend la forme d'une libération conditionnelle dès qu'il est à prévoir de l'auteur qu'il se conduira correctement en liberté. Le délai d'épreuve de deux à cinq ans peut être prolongé. Suite à l'acceptation par le peuple suisse de l'initiative en faveur de « *l'internement à vie pour les délinquants sexuels ou violents jugés dangereux et non amendables* » (art.123a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse), le Code pénal a dû apporter des précisions aux articles 64ss afin de rendre possible l'exécution de la procédure d'internement à vie. L'internement normal et l'internement à vie se distinguent en

fonction des conditions appliquées pour une libération conditionnelle, et non pas de la durée de leur exécution.

En ce qui concerne mon travail de Bachelor, je vais essentiellement me concentrer sur la mesure thérapeutique au sens de l'art.59 CPS appliquée aux détenus en établissement d'exécution de peine, c'est-à-dire après jugement. Les régimes auxquels ils sont astreints vont du plus sécuritaire au plus ouvert, les cellules sont individuelles et le travail obligatoire.

2.1.2 Les juridictions pénales

La législation en matière de droit pénal relève de la compétence de la Confédération, l'exécution des peines et des mesures est quant à elle du ressort des cantons. Ce qui signifie qu'il appartient aux cantons de mettre en exécution les jugements rendus par leurs tribunaux. La révision du Code pénal a été adoptée en 2002 et est entrée en vigueur le 1 janvier 2007. Les cantons ont constitué trois concordats régionaux dans les années 1956 à 1963. Ces conventions intercantionales ont été mises sur pied pour combler le vide existant entre la législation fédérale et les législations cantonales et pour procéder à une uniformisation juridique au moyen de directives et de recommandations. Les EPO sont concernés par le concordat romand sur l'exécution des peines et mesures.

Les juridictions pénales dans le canton de Vaud² sont : le Ministère public, le Tribunal des mineurs, les Tribunaux d'arrondissement et le Tribunal des mesures de contraintes et d'application des peines.

- **Le Ministère public**

Ce dernier exerce les compétences que lui attribue le Code de procédure pénale suisse (CPP) et la loi vaudoise sur le Ministère public (LMPu - RSV 173.21). Il reçoit les plaintes et mène les enquêtes pénales. À ce titre, il lui incombe de conduire la procédure préliminaire et de diriger les investigations sur les infractions portées à sa connaissance, avant de représenter, cas échéant, l'accusation devant les tribunaux pénaux des arrondissements judiciaires, le Tribunal des mineurs, le Tribunal cantonal et le Tribunal fédéral. Le Ministère public est dirigé par le Procureur général, élu par le Grand Conseil. Tous les autres procureurs sont nommés par le Conseil d'Etat, sur proposition du Procureur général. Ce dernier a le pouvoir de contrôler certaines des décisions rendues par les procureurs d'arrondissement, pouvoir qu'il peut déléguer aux procureurs du Ministère public central. Seuls le Procureur général et ses adjoints sont compétents pour saisir le Tribunal fédéral.

Le Ministère public est organisé de façon hiérarchisée et décentralisée, avec un Ministère public central (MPc) et quatre ministères publics d'arrondissement (MPa). Le Ministère public central exerce la fonction de Ministère public des mineurs et conduit en outre les procédures pénales placées dans ses attributions par le Procureur général. Ses compétences ont été réparties de la façon suivante entre la Division « *affaires spéciales, contrôle et mineurs* » et la Division « *entraide, criminalité économique et informatique* ». Les affaires pénales ordinaires, qui ne sont pas de sa compétence sont traitées dans les arrondissements, sauf s'il s'agit exclusivement de contraventions passibles d'une seule amende et qui relèvent alors des préfets ou des autorités municipales.

² Site officiel du canton Vaud, état 2014, lien URL : <http://www.vd.ch/>

Le procureur, assisté d'un greffier, conduit la procédure préliminaire dans le cadre de laquelle il convient d'établir les faits susceptibles de constituer des infractions et d'en identifier les auteurs. Sous sa surveillance, les forces de police judiciaire peuvent procéder aux premières investigations ou, après ouverture de l'instruction, à certaines opérations déléguées par le procureur. Les ministères publics d'arrondissement reçoivent, directement ou par l'intermédiaire de la police, les plaintes, les dénonciations et les rapports concernant leur arrondissement. Les infractions portées à la connaissance des procureurs sont poursuivies soit d'office (meurtres, cambriolages, infractions à la loi sur les stupéfiants, infractions à la loi sur la circulation routière, etc...) soit sur plainte (dommages à la propriété, voies de fait, injures, violations de domicile, etc...).

Le procureur peut condamner lui-même l'auteur d'une infraction, par une ordonnance pénale, lorsque la sanction n'excède pas six mois de peine privative de liberté, par une peine pécuniaire de 180 jours-amende au maximum ou par un travail d'intérêt général de 720 heures au plus, avec ou sans sursis. Il peut également prononcer l'amende. Au terme de l'instruction ou déjà après l'investigation policière, en l'absence d'éléments suffisants ou si aucune infraction n'est réalisée, le procureur met fin à la procédure par une ordonnance de classement ou de non-entrée en matière. Lorsqu'une infraction paraît réalisée et qu'une ordonnance pénale ne lui semble pas suffisante, le procureur engage l'accusation contre l'auteur devant le Tribunal d'arrondissement. Il annonce en même temps la peine qu'il estime devoir être prononcée ou son intention d'intervenir devant le tribunal et de représenter le Ministère public à l'audience de jugement. Une fois le jugement rendu, le procureur peut décider de le contester devant l'autorité cantonale d'appel. Les cours pénales du Tribunal cantonal constituent les instances de recours contre les décisions prises par les procureurs et par les tribunaux de première instance.

- **Le Tribunal des mineurs**

Ce dernier instruit et juge les infractions commises par des mineurs

- **Les Tribunaux d'arrondissement**

Ils sont au nombre de quatre dans le canton de Vaud et leurs sièges se situent à Vevey, Lausanne, Nyon et Yverdon-les-Bains. Ils statuent en première instance dans de nombreuses causes relevant du droit pénal et du droit civil. La composition des cours pénales s'élargit en fonction de la gravité des affaires et des peines qui peuvent être prononcées :

- Le Tribunal de police est formé du président du tribunal d'arrondissement siégeant comme juge unique. Il est en charge des contraventions de droit fédéral ou cantonal qui ne relèvent pas des autorités administratives, des infractions pour lesquelles la peine encourue ne paraît pas devoir être supérieure à douze mois et des oppositions aux ordonnances pénales, préfectorales et municipales.
- Le Tribunal correctionnel est formé du président et de deux juges du tribunal d'arrondissement. Il est en charge des infractions pour lesquelles la peine encourue paraît devoir être supérieure à douze mois et inférieure ou égale à six ans.

- Le Tribunal criminel est formé du président et de quatre juges du tribunal d'arrondissement. Il est en charge des infractions pour lesquelles la peine encourue paraît devoir être supérieure à six ans.
- **Tribunal des mesures de contrainte et d'application des peines**

Le Tribunal des mesures de contrainte et l'Office du juge d'application des peines sont réunis dans un office judiciaire unique, dont le siège est à Renens. Cette autorité judiciaire exerce son activité dans tout le canton.

 - Chambre du Tribunal des mesures de contrainte

Le Tribunal des mesures de contrainte est formé d'un président siégeant comme juge unique qui statue à huis clos. Dans le cadre de la poursuite des infractions prévues par le droit fédéral, en particulier le Code pénal, le Tribunal des mesures de contrainte, à la demande d'un procureur vaudois ou fédéral, d'un président de Tribunal d'arrondissement ou du Tribunal des mineurs, il est notamment compétent pour :

 - Ordonner la détention provisoire (excepté pour les mineurs), la prolongation de la détention provisoire (y compris pour les mineurs) ainsi que la détention pour des motifs de sûreté, c'est-à-dire la détention située entre le dépôt de l'acte d'accusation et l'audience de jugement. Si cela est prévu par le Code de Procédure Pénale suisse, il ordonne ou autorise d'autres mesures de contrainte.
 - Statuer sur les demandes de mise en liberté.
 - Décider:
 - de l'hospitalisation du prévenu à des fins d'expertise
 - d'une limitation temporaire des relations du prévenu avec son défenseur en cas de risque fondé d'abus
 - du prélèvement d'échantillons de masse en vue de l'établissement de profils ADN
 - de l'autorisation d'une surveillance bancaire et d'un cautionnement préventif ou de la fourniture de sûretés
 - Autoriser :
 - des mesures de surveillance de la correspondance par poste et télécommunication ou par d'autres moyens techniques.
 - le recours à des agents infiltrés, la levée des scellés si celui qui fait l'objet d'un séquestre s'oppose à l'exploitation des pièces saisies, ainsi que la garantie d'anonymat d'une personne intervenant dans la procédure si elle est exposée à un danger sérieux menaçant sa vie.
 - Chambre du juge d'application des peines

Le juge d'application des peines (JAP) est le garant de l'application du droit après le jugement. Toutes les décisions judiciaires après condamnation prévues par le Code pénal et qui impliquent une restriction totale ou partielle de la liberté lui sont confiées, sous réserve de quelques exceptions. Il prend les décisions postérieures à l'entrée en force du jugement pénal, sous réserve des compétences qui relèvent, au sens de la Loi sur l'Exécution des Condamnations

Pénales (LEP), de l'Office d'Exécution des Peines. Par ailleurs, il est l'autorité de recours contre les décisions rendues par les autorités administratives dans le cadre de l'exécution des peines et des mesures.

Ses compétences peuvent se résumer comme suit :

- Examiner sur requête la cause du non-paiement de la peine pécuniaire ou de l'amende prononcée par un Tribunal d'arrondissement. Lorsque la peine pécuniaire ou l'amende a été prononcée par le procureur, le préfet ou l'autorité municipale, le juge d'application des peines examine l'opposition formée par le condamné.
- Examiner d'office ou sur requête les conditions d'octroi de la libération conditionnelle des peines privatives de liberté, de l'internement et des mesures thérapeutiques institutionnelles, ainsi que de sa révocation.
- Examiner le suivi de l'exécution des peines et mesures. Ainsi, le JAP est notamment compétent pour :
 - Statuer sur la révocation du sursis conditionnel accordé par un Tribunal d'arrondissement.
 - Convertir en peine pécuniaire ou en peine privative de liberté la peine de travail d'intérêt général prononcée par un Tribunal d'arrondissement qui n'a pas été exécutée.
 - Statuer sur l'opposition formée par le condamné à l'ordonnance postérieure du procureur ordonnant la conversion d'une peine de travail d'intérêt général qu'il a prononcée ou révoquant un sursis conditionnel qu'il a accordé.
 - Lever, modifier ou prolonger les mesures thérapeutiques institutionnelles ou ambulatoires et statuer sur l'exécution de la peine suspendue.
- Examiner les recours administratifs interjetés contre les décisions du Service pénitentiaire en matière de sanctions disciplinaires, ainsi que contre les décisions de l'Office d'exécution des peines et des établissements pénitentiaires, notamment en matière de régimes d'exécution, de placements ou d'autorisations de sortie.

- **Instances de recours**

Si l'une des personnes concernées par le procès n'est pas d'accord avec le jugement rendu par une autorité de première instance, elle peut, sous certaines conditions prévues par la loi, obtenir que le litige soit jugé une nouvelle fois au niveau cantonal par :

- La Cour d'appel pénale, compétente pour statuer sur les appels formés contre les jugements de première instance (Tribunal de police, Tribunal correctionnel, Tribunal criminel, Tribunal des mineurs).
- La Chambre des recours pénale, compétente pour statuer sur les recours formés contre les décisions et actes de procédure de la police, du Ministère public et des tribunaux de première instance (Tribunaux d'arrondissement et Tribunal des mineurs). Elle se prononce également sur les recours formés contre les décisions du Juge d'application des peines, du Collège des juges d'applications des peines et du Tribunal des mesures de contrainte dans les cas prévus par la loi. Elle statue en outre sur tout recours au Tribunal cantonal en matière pénale qui ne relève pas de la compétence d'une autre section.

- **Préfets et préfectures**

Les préfets sont les représentants du Conseil d'Etat dans leur district. Ce sont des magistrats chargés de l'exécution des lois, décrets, règlements et arrêtés, ainsi que de la surveillance des autorités inférieures. En matière de droit du bail, ils président les commissions de conciliation. Les préfets jouent également un rôle important de coordination entre les communes de leur district pour toutes les questions du ressort cantonal. Enfin, ils ont une fonction de médiation pour les différends publics ou privés. Depuis le 1er janvier 2008, les préfectures sont au nombre de dix.

2.1.3 Services et Commissions

Les différents services et commissions gravitant autour d'une personne sous art.59 CPS, dans le canton de Vaud :

Le Service pénitentiaire

Sous l'autorité du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, le Service pénitentiaire (SPEN) est rattaché au Département des institutions et de la sécurité (DIS). Il assure la prise en charge des personnes placées sous le coup de la justice pénale, que ce soit avant jugement en cas de détention préventive, ou après jugement, pour l'exécution de la condamnation pénale et ce jusqu'à la libération définitive. À chacune de ces étapes, le SPEN est garant du respect de la double mission prévue par le Code pénal : la protection de la collectivité et la resocialisation visant à développer l'aptitude de la personne condamnée à vivre sans commettre de nouvelles infractions. D'autre part, ses domaines d'intervention sont globalement définis dans la Loi sur l'Exécution des Condamnations Pénales du 4 juillet 2006 (LEP) qui précise à son article 7 :

- Le Service pénitentiaire élabore et met en œuvre une politique pénitentiaire.
- Il est le garant de l'exécution des décisions rendues par les autorités pénales.
- Il gère et supervise l'Office d'exécution des peines, l'Office de coordination du casier judiciaire et les établissements d'exécution de peines et de mesures placés sous son autorité.
- Il peut décider de confier à des entités publiques ou privées des tâches relatives à l'exécution des peines et des mesures.

L'Office d'Exécution des Peines

L'Office d'exécution des peines (OEP) met en œuvre l'exécution des condamnations pénales prononcées par les autorités judiciaires du canton de Vaud ou dont l'exécution lui a été déléguée par d'autres cantons. L'OEP intervient dès que le jugement entre en force. Il devient également l'autorité pour les personnes détenues en Exécution Anticipée de Peine (EAP). Il organise alors tous les placements durant la détention. Il valide le Plan d'Exécution de la Sanction (PES) et décide de tous les élargissements à l'exception de la libération conditionnelle prononcée par le juge d'application des peines. Par ailleurs, l'OEP a la responsabilité d'encaisser les amendes et les peines pécuniaires (jours-amendes), voire de les convertir en journées de détention en cas de non recouvrement des créances. Enfin, l'OEP assure le rôle d'office de coordination du casier judiciaire au sens de la législation fédérale et a notamment pour tâche d'enregistrer les jugements vaudois (12'000 par an) et d'assurer le suivi du casier judiciaire vaudois.

La Commission Interdisciplinaire Consultative

La Commission Interdisciplinaire Consultative (CIC) a pour mission d'apprécier la dangerosité du condamné, d'évaluer le suivi psychiatrique et d'aider les autorités et les soignants à choisir leurs orientations et à prendre leurs décisions. Suite à une directive adoptée par la Conférence romande des chefs de département de justice et police, la CIC constitue également l'organe de consultation pour tous les détenus vaudois en exécution de peine et placés dans un établissement concordataire, même hors canton. Actuellement, elle se réunit généralement huit fois par an et procède à l'examen d'une dizaine de situations par séance.

Le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires

En Suisse, la prise en charge thérapeutique d'une personne détenue ressort en principe de la compétence d'un Service de Médecine Pénitentiaire cantonal qui a l'avantage d'être indépendant de l'administration pénitentiaire. Ce qui est le cas du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) dans le canton de Vaud, rattaché au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Ce Service fait partie du Département de la Santé et de l'Action Sociale et non du Département des institutions et de la sécurité contrairement au SPEN. Il a pour mandat de donner réponse à l'ensemble des besoins de santé issus de la population carcérale vaudoise, ce qui représente environ sept cents détenus, indépendamment du régime d'incarcération. Le SMPP intervient dans les infirmeries des prisons, fonctionnant de la même manière que des centres de consultations ambulatoires. À cela s'ajoutent deux Unités de psychiatrie en milieu pénitentiaire (UPMP), dont une se situe aux Etablissements de la plaine de l'Orbe au pénitencier de Bochuz et l'autre à la prison de La Tuilière de Lonay. Ces dernières fonctionnent comme des centres de traitement de jour. Le Service dispose également d'une consultation ambulatoire essentiellement vouée au suivi psychiatrique de patients soumis à une injonction légale de soins, qui peut aussi persister au-delà du temps d'incarcération ou lorsque la personne concernée bénéficie d'une libération conditionnelle. Cette consultation s'organise dans les locaux du siège administratif du SMPP, sur le site de Cery à Prilly-Lausanne, comprenant également les bureaux des équipes de recherche.

Ses missions sont nombreuses et visent principalement à répondre aux besoins de prise en charge psychiatrique des détenus condamnés ou astreints à une mesure thérapeutique, comme l'article 59 du CPS. Le Service accorde aussi une grande importance à la prévention des risques d'atteintes sur la santé, notamment ceux liés à la transmission des maladies infectieuses ou découlant d'une toxicomanie. Il développe une évaluation épidémiologique des pathologies rencontrées en milieu carcéral et améliore la coordination avec les circuits de soins médicaux et sociaux extérieurs à l'établissement pénitentiaire. La formation et l'enseignement au sein des équipes pénitentiaires ainsi qu'en milieu universitaire font partie intégrante des actions entreprises par le SMPP³.

Les Commissions

- Commission des visiteurs du Grand Conseil

La Commission des visiteurs est composée de 7 députés et présidée par un membre du parlement. Elle a comme principal but de s'assurer que les conditions de détention des détenus soient conformes aux lois suisses et aux engagements internationaux. Elle se préoccupe du traitement des personnes dès leur arrestation.

³http://www.chuv.ch/psychiatrie/dpc_home/dpc_infos/dpc_infos_organisation/dpc_smpp.htm

- Commission nationale de prévention de la torture (CNPT)

« La Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) est un organisme indépendant de la Confédération et des cantons qui, au moyen de visites régulières et un dialogue continu avec les autorités, assure que les droits des personnes privées de liberté sont respectés. Grâce à des recommandations concrètes aux autorités, la CNPT apporte une contribution essentielle à la prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants, s'efforçant ainsi de garantir que toute forme de détention soit conforme aux droits de l'homme. »⁴

La Commission nationale de prévention de la torture a publié un rapport le 20 février 2012 à Berne sur la brève visite qu'elle a effectuée le 6 avril 2011 au pénitencier de Bochuz. Cette visite s'inscrivait dans le contexte mouvementé dans lequel se trouvait le pénitencier de Bochuz depuis le décès tragique de Skander Vogt en mars 2010, asphyxié dans sa cellule après y avoir mis le feu. Il avait alors semblé indispensable pour la Commission de se pencher notamment sur les conditions générales de détention et de traitement socio-psychiatrique de toutes les personnes faisant l'objet d'un internement (art.64 CPS) ou d'une mesure thérapeutique (art.59 CPS), comme c'était le cas de Skander Vogt. Malgré des préoccupations au niveau national concernant la problématique générale de l'isolement qui frappe certaines catégories de détenus, elle n'a pu se rendre qu'au pénitencier de Bochuz, par manque de financement. Pour la Commission, les conditions matérielles de détention au sein de la division d'attente et de sécurité présentaient de graves lacunes qui confinaient les détenus à un isolement strict. Elle a cependant constaté et salué les efforts entrepris depuis. En effet, plusieurs réaménagements ont été effectués dans ce quartier de haute sécurité, avec notamment une transformation des cellules, plus grandes, et la création d'un local de sport. Ces changements ont permis un assouplissement du régime de détention et les autorités paraissent aujourd'hui déterminées à mettre fin aux mesures prolongées d'isolement strict. Par ailleurs, les projets à moyen et à long terme visant à la création d'un véritable hôpital en milieu carcéral, dans l'enceinte de Bochuz, proposant notamment une prise en charge socio-thérapeutique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques vont également dans le sens des recommandations de la CNPT.

En ce qui concerne les mesures d'isolement, la Commission souhaite mettre un terme à celles d'une durée de six mois, reconductibles. En effet, elle estime qu'il s'agit d'une restriction grave des droits fondamentaux d'un détenu et qu'il est de ce fait inacceptable de garder quelqu'un à l'isolement strict durant des mois. Sa durée doit donc être aussi brève que possible et proportionnelle aux buts visés. De plus, ces conditions peuvent aggraver l'état psychique et physique des détenus déjà fragilisés par leurs pathologies. Le président de la CNPT, le Dr. Jean-Pierre Restellini (Le Matin, 20.02.2012) a par ailleurs déclaré à ce propos : *« Je suis de plus en plus persuadé que ces détenus nécessitent des soins de type éducationnel et socio-thérapeutique »*. Ce dernier va même plus loin en précisant que la place des personnes sous mesure thérapeutique (art 59 al.3 CPS) ou faisant l'objet d'un internement (art.64 CPS) n'était pas dans une division psychiatrique mais dans des petites unités de vie dans lesquelles l'accent serait mis sur le réapprentissage des relations sociales et interindividuelles. Par le biais de nouvelles visites sur place, la CNPT continuera de suivre attentivement la situation de cette catégorie de détenus particulièrement vulnérables.

⁴ <http://www.nkvf.admin.ch/nkvf/fr/home.html>

2.1.4 Les Etablissements de la plaine de l'Orbe

Etant donné que mon sujet de travail de Bachelor porte uniquement sur les établissements de Suisse romande pouvant prendre en charge des hommes placés sous l'article 59 du CPS en exécution de peine, seuls trois établissements pénitentiaires en Suisse romande auraient pu faire l'objet de mes recherches empiriques :

- Les Etablissements de la plaine de l'Orbe (EPO)⁵
- L'ancienne unité psychiatrique La Pâquerette, située dans la prison de Champ-Dollon à Genève, qui a fermé ses portes au mois de janvier 2014.
- La prison de La Tuilière, à Lonay, disposant d'une Unité Psychiatrique.

Suite au drame de la socio-thérapeute Adeline qui a précipité la fermeture de l'unité La Pâquerette, les détenus qui y étaient pris en charge ont été notamment transférés dans le nouvel hôpital carcéral, Curabilis. Ce dernier n'est en fonction que depuis le mois d'avril 2014, ce qui ne permet pas aux professionnels y travaillant d'avoir suffisamment de recul sur leurs pratiques. De plus, les pavillons qui forment Curabilis, ouvrent progressivement et le « type » de détenus qu'elle accueille n'est pas précisément défini. Pour toutes ces raisons, il n'apparaissait pas pertinent que je m'y attarde. Quant à la prison de La Tuilière, elle est organisée en deux secteurs cellulaires distincts : le premier est réservé aux hommes en détention provisoire et le second aux femmes, tous régimes de détention confondus. De ce fait, ayant ciblé une population carcérale composée d'hommes en exécution de peine, cet établissement n'entrait pas non plus dans les critères sélectionnés pour ma recherche empirique. Cette dernière est donc essentiellement axée sur les Etablissements de la plaine de l'Orbe.

Ces établissements font partie du Concordat latin sur l'exécution des peines et mesures concernant les adultes dans les cantons romands et celui du Tessin. Ils sont composés de détenus masculins, placés principalement par les cantons concernés. L'organisation des EPO est composée des sections suivantes : la direction, l'administration, les finances, les ateliers de production et d'intendance, l'agriculture, le secteur socio-éducatif, l'évaluation criminologique et la sécurité. Le suivi médical est assuré par le SMPP dans l'infrastructure mise à disposition au sein des EPO. Constitués de trois bâtiments cellulaires distincts (le Pénitencier de Bochuz, La Colonie ouverte et la Colonie fermée), ils offrent trois cents quarante places individuelles de détention et sont placés sous l'autorité d'une même direction, composée d'un directeur et d'un directeur adjoint. Les détenus disposent de cellules individuelles de 9m² qui comprennent un lit, une table, une armoire, un WC, un lavabo et un panneau d'affichage. Les douches sont réparties sur les étages. Ils ont la possibilité de louer des télévisions ainsi que des ordinateurs en nombre limité.

Le **pénitencier de Bochuz** est un établissement fermé de haute sécurité, destiné aux détenus condamnés à de lourdes peines : privation de liberté de trois ans jusqu'à la réclusion à vie, ainsi que les mesures thérapeutiques (art.59 CPS) et les internements (art.64 CPS). Il comprend 150 places réparties en plusieurs secteurs :

⁵ <http://www.vd.ch/themes/securite/penitentiaire/etablissements-penitentiaires/etablissements-de-la-plaine-de-lorbe/>

- Secteurs spéciaux
 - D : secteurs de haute sécurité (D1 + D2) ; (22 places)
 - D1 : secteur « évaluation » destiné à recevoir des personnes détenues nécessitant une prise en charge particulière et/ou qui n'ont pas eu un comportement adéquat dans les secteurs de responsabilisation ou le secteur « arrivant »
 - D2 : secteur « arrivant » destiné à l'observation et à l'évaluation de la personne détenue après son admission de manière à l'orienter vers un régime adéquat (durée minimum de trois mois et selon les places disponibles dans les autres secteurs).
 - DA : secteur de très haute sécurité (5 places)
 - Régime des arrêts disciplinaires (sanctions)
 - Régime d'isolement cellulaire à titre de sûreté (protection)
 - La cellule rose (cellule sous surveillance vidéo, destinée aux personnes décompensées le temps qu'elles soient stabilisée)
 - L'Unité psychiatrique, gérée en collaboration avec le SMPP. Elle possède huit places et accueille notamment les détenus placés sous les articles 59 CPS.
- Secteurs de responsabilisation (divisions cellulaires A, B, C et E) ; (110 places) : régime ordinaire, nécessitant un engagement de la personne détenue au niveau de son comportement, tant au travail qu'au cellulaire.

Les ateliers du pénitencier de Bochuz sont les suivants :

- Atelier de réinsertion : atelier occupationnel destiné aux personnes détenues souffrant d'une maladie psychique et/ou ne disposant pas de ressources suffisantes pour maintenir un rythme de travail.
- Atelier d'évaluation : atelier occupationnel destiné aux personnes détenues du secteur « arrivant » afin de les orienter vers un atelier qui puisse leur convenir.
- Ateliers d'intendance : électricité, peinture et conciergerie. Ces ateliers couvrent en très grande partie l'entretien de l'établissement dans ces trois domaines.
- Ateliers de production : imprimerie, menuiserie, boulangerie, cartonnage etc.... Ces ateliers sont destinés à la vente des objets confectionnés en partie à l'interne (meubles, pains, desserts...) ainsi qu'à l'extérieur des établissements (ex : imprimerie pour les cahiers scolaires, menuiserie pour les coupes-salamis...)

La **Colonie** est destinée aux détenus condamnés à l'exécution de courtes peines, de jours amende ou en fin de peine. Elle comprend également des personnes étrangères sans autorisation de séjour. Elle était composée, jusqu'en septembre 2014, d'un secteur fermé et d'un secteur ouvert. À présent, elle est scindée en deux bâtiments distincts : La Colonie ouverte (COO), 71 places et la Colonie fermée (COF), 80 places. La COF, qui représente la nouvelle prison, disposera à terme de cent-trente places. La COO permet au détenu d'acheminer vers une progression, avec la possibilité, sous certaines conditions, de pouvoir bénéficier de conduites accompagnées sur l'extérieur, de congés, de permissions ou encore d'un travail externe (TEX) ou des arrêts domiciliaires (bracelet électronique). Les secteurs de la responsabilisation sont destinés au régime ordinaire. Celui-ci nécessite un engagement de la personne détenue au niveau de son comportement, tant au travail qu'au cellulaire. La COO,

tout comme la COF, possèdent une unité réservée aux personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique et pouvant faire l'objet d'une mesure thérapeutique. Cependant, cet aménagement n'a rien d'officiel contrairement à l'Unité Psychiatrique de Bochuz et il n'y a pas d'encadrement médical spécifique. Cela permet, par manque de moyen et d'infrastructure, d'offrir un espace « protégé » aux détenus les plus fragilisés.

Les ateliers rattachés à la Colonie sont nombreux. Ceux de la Colonie fermée ne sont actuellement pas encore tous en fonction, c'est pourquoi je ne dispose pas de suffisamment d'éléments pour pouvoir les énumérer. L'exploitation du domaine agricole est exclusivement réservé aux détenus se trouvant en Colonie ouverte et comprend divers ateliers : la basse-cour, la porcherie, le bétail, les cultures... Chaque bâtiment bénéficie d'un atelier de réinsertion, sur le même principe que celui de Bochuz, destiné aux personnes détenues souffrant d'une maladie psychique et/ou ne disposant pas de ressources suffisantes pour maintenir un rythme de travail tel qu'exigé pour d'autres travaux.

La réinsertion

Malgré le contexte de la prison, la vie en détention doit, au sens du code pénal (art.75 CPS), être orientée de sorte à exercer une action éducative sur les personnes détenues. Ceci dans le but de favoriser le bon déroulement de leur peine, tout en préparant leur sortie. Pour se faire, des mesures d'accompagnement sont, dès le début de l'exécution de la peine ou de la mesure, mises en place. Pour les personnes incarcérées pour une durée d'au minimum une année jusqu'à la date de la libération conditionnelle, un plan d'exécution de peine (PES) ou un plan d'exécution de mesure (PEM), auquel le détenu doit participer activement est établi par l'établissement pénitentiaire. Ce dernier est rédigé par les assistants sociaux ou les criminologues, selon la nature des délits et avalisé par l'Office d'exécution des peines (OEP). Le plan prévoit différentes phases (passage en secteur ouvert, formation, congés, travail et logement externes...) afin de préparer au mieux le retour dans la société. Il contient également des objectifs que le détenu est censé atteindre selon sa situation (abstinence à l'alcool, recherche de foyers, congés réussis, ouverture d'un compte indemnités victime etc...). On peut y lire aussi l'analyse criminologique. La libération conditionnelle peut être envisagée à partir des deux tiers de la peine. Elle comprend un délai d'épreuve, un suivi de probation, un contrôle d'abstinence d'alcool et/ou de stupéfiants, un suivi psychothérapeutique ambulatoire et divers autres paramètres si nécessaire. Pour les personnes étrangères en situation illégale en Suisse, elle peut aboutir à un renvoi exécutoire (expulsion).

En application du Code pénal, les détenus en exécution de peine sont astreints au travail. Celui-ci doit, dans la mesure du possible, correspondre aux compétences de la personne, être valorisant et favoriser la réinsertion socioprofessionnelle de la personne, en Suisse, voire dans de rares situations, à l'étranger. Les ateliers d'intendance et de production peuvent donc permettre aux détenus qui le souhaitent et qui en ont les capacités d'entamer une formation (AFE, CFC). Néanmoins, cela concerne un faible pourcentage de la population carcérale et ces démarches ont une chance d'aboutir uniquement dans le cadre d'une peine suffisamment longue pour la mise en place d'un parcours complet de formation (remise à niveau, enseignement, pratique etc...).

Le service socio-éducatif

Il est composé de plusieurs secteurs : l'animation, le sport, la formation et l'enseignement ainsi qu'un atelier audio-visuel qui programme un canal de télévision interne (Canal Déchaîné), dans lequel travaillent des personnes détenues de la Colonie fermée. Le service

socio-éducatif comprend également les assistants sociaux. Chaque détenu se voit attribuer un assistant social. Il peut alors faire appel à cette personne tout au long de sa détention s'il en ressent le besoin. L'intervenant socio-éducatif a pour mission principale d'aller à la rencontre du détenu, d'être à son écoute et de l'accompagner en mettant à sa disposition des moyens de développement personnel et culturel. Le but de son intervention est de favoriser des acquisitions autant dans le savoir-faire que dans le savoir-être, utiles à une réinsertion dans une vie sociale et/ou professionnelle. Les assistants sociaux sont confrontés à une double mission au quotidien, celle de la resocialisation de l'individu et celle qui vise la protection de la société (éviter la récidive). Elle s'oriente principalement selon l'art.75 CPS :

« ... L'exécution de la peine privative de liberté doit améliorer le comportement social du détenu, en particulier son aptitude à vivre sans commettre d'infractions. Elle doit correspondre autant que possible à des conditions de vie ordinaires, assurer au détenu l'assistance nécessaire, combattre les effets nocifs de la privation de liberté et tenir compte de manière adéquate du besoin de protection de la collectivité, du personnel et des codétenus. »

Il s'avère difficile de résumer leur travail en quelques lignes, tant celui-ci est varié et semé d'imprévus. Cependant, quelques interventions peuvent être répertoriées :

- Entretiens avec la personne détenue (audiences)
- Multiples démarches en lien avec le projet de la personne détenue
- Etablissement du Plan d'Exécution de la Sanction (PES) sous sa forme courte
- Rencontres interdisciplinaires
- Rapports à l'interne ainsi qu'aux autorités compétentes (OEP, CIC, journal...)
- Séances des préavis de l'établissement (réunions pluridisciplinaires durant lesquelles les intervenants de la prison et la direction abordent certaines situations problématiques ou émettent un préavis qui sera transmis à l'autorité compétente en vue d'un congé, d'une conduite, d'une libération conditionnelle...)
- Conduites (sorties accompagnées sur l'extérieur)
- Visites d'enfants à leur père en détention (lorsqu'un accompagnement est nécessaire)
- Collaboration avec les autres partenaires (SMPP, enseignement, animation...)

La surveillance

Les missions des agents de détention, telles qu'elles apparaissent dans les mises en postulation du SPEN, sont les suivantes :

- Encadrer les personnes détenues dans le respect de la dignité humaine
- Encourager la personne détenue dans ses activités et y participer
- Veiller à la sécurité des lieux, faire respecter les normes d'hygiène, la discipline, les règlements et évaluer les situations d'urgence
- Participer activement à l'évaluation des personnes détenues et faciliter la coordination des actions de réinsertion en collaboration avec les partenaires concernés

Dans les critères relatifs au profil attendu, on retrouve notamment les points suivants :

- Être à l'aise dans les contacts humains, être à l'écoute, être empathique et avoir la capacité de conserver distance et lucidité. Par ailleurs, être apte à gérer des situations de conflit

- Être doté-e d'une capacité d'observation, d'analyse et de synthèse. Faire preuve de discernement et de confiance en soi
- Maîtriser la langue française et les outils informatiques courants. La connaissance d'une ou plusieurs langues étrangères est un atout

Les missions et la fonction d'un agent de détention restent fastes et relativement flous. Il est question d'empathie, de confiance en soi, d'écoute, de capacité d'analyse... Cependant, les agents ne sont que très peu formés en ce qui concerne ces aspects-là. On attend d'eux qu'ils fassent preuve des mêmes compétences qu'un intervenant socio-éducatif, voire d'un médecin. Cela pose de nombreuses questions, notamment au niveau de la pratique et du suivi des détenus. Leur fonction première réside dans la surveillance des détenus. Ils doivent rester vigilants à ce que la détention de ces derniers se déroule dans des conditions décentes et assurent la sécurité de la prison. En raison de leurs tâches, ils sont à proximité des personnes incarcérées de manière quasiment constante. Par conséquent, leur position est idéale pour observer la survenue de tout problème, notamment lié à la santé physique et mentale. Toutefois ces professionnels n'ont souvent reçu qu'une formation de premier secours ce qui signifie qu'ils ne peuvent décemment pas accomplir le travail d'une équipe soignante et encore moins déceler des problèmes de santé. Bien évidemment, ce n'est pas leur rôle principal non plus. C'est donc au médecin de répondre aux interrogations ou aux préoccupations légitimes des surveillants et de les sensibiliser à une observation attentive des détenus (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B. (2003). Tout comme les assistants sociaux, qui à travers leur suivi et leurs interventions, peuvent désamorcer certaines tensions et gérer les conflits naissants. Ces partenariats entre le service médical, la surveillance et le service social demandent de la part de chacun d'être attentifs aux besoins des uns et des autres et de collaborer de manière constructive. Les agents de détention ne doivent pas craindre d'amener leurs observations et de signaler des situations qui les préoccupent. En effet, ils sont les yeux et les oreilles du service médical et des assistants sociaux, car ils côtoient au quotidien les personnes incarcérées. Parallèlement, il est important que les autres professionnels puissent réceptionner et accorder du crédit à ce qui est rapporté par les agents. Chacun possède ses propres compétences et les articuler judicieusement permet une prise en charge au plus proche des besoins des détenus.

2.1.5 Curabilis

Curabilis est un nouvel établissement pénitentiaire qualifié de prison-hôpital. Situé dans l'enceinte de la prison de Champ-Dollon, il est destiné aux personnes détenues souffrant d'une maladie psychique, d'un trouble de la personnalité et/ou faisant l'objet d'une mesure thérapeutique au sens des articles 59, 60 et 63 CPS. Cette structure a été inaugurée le 4 avril 2014 à Puplinge dans le canton de Genève. À terme, elle accueillera 92 détenus, encadrés par 200 professionnels, dont les deux tiers sont issus du milieu médical et un tiers du milieu pénitentiaire. Les premières personnes détenues ont été accueillies dans le courant du mois de mai 2014. « *Il s'agit d'une approche qualitative et non quantitative, privation de liberté ne signifie pas privation de sécurité ou de dignité. Le suivi médical est poussé, mais Curabilis reste un hôpital dans une prison* » a souligné Pierre Maudet (Tribune de Genève, 04.04.2014), chef du département de la sécurité. Le bâtiment est composé de six pavillons de couleurs vives disposés autour d'un anneau central. Ces pavillons ouvriront progressivement. Chacun d'entre eux comprend entre 15 et 16 cellules individuelles de 15m² avec douche et WC. Des puits de lumières ainsi que de grandes fenêtres aux vitres blindées amènent de la clarté. La structure est complétée par des espaces de soins, des ateliers, des fumoirs et des parloirs ordinaires, familiaux et intimes. Un bâtiment administratif et une salle de gymnastique font également partie de l'ensemble. Le pavillon destiné à l'unité de crise a été le premier à ouvrir

ses portes sous l'appellation d'Unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire (UHPP) et offre une prise en charge pour des patients-détenus en décompensation psychiatrique aiguë nécessitant des soins adaptés pour une durée de séjour limitée (en moyenne entre deux et trois semaines). Les détenus ne peuvent l'intégrer que sur indication médicale. Cette unité était en réalité déjà fonctionnelle sous le nom d'Unité cellulaire psychiatrique située à Belle-Idée (Tribune de Genève, 23.04.2014). Par la suite, un pavillon abritera une unité de psychothérapie telle que le proposait La Pâquerette. La prise en charge se fera principalement par groupe, dans le but de favoriser la resocialisation, puis la réinsertion des personnes souffrant de graves troubles de la personnalité. « *Ce concept de prise en charge méritait de survivre au drame de La Pâquerette* » a déclaré Florian Hübner (Tribune de Genève, 04.04.2014), ancien directeur de l'établissement, faisant référence au décès d'Adeline.

Les quatre derniers pavillons seront destinés aux personnes détenues faisant l'objet d'une mesure thérapeutique (art. 59, 60 et 63). Deux des unités de mesure accueilleront, dans un premier temps, trente-deux détenus provenant de Champ-Dollon, dans le but de désengorger cette prison en surpopulation chronique. Cette décision a été prise en accord avec les autres cantons romands. Ces deux unités devraient retrouver leur affectation d'origine d'ici 2015-2016. Une unité de mesure comprendra quinze places et les détenus y séjournant seront encadrés par une vingtaine de soignants et sept à huit agents de détention. Un étage sera réservé aux femmes. La principale raison de l'ouverture progressive des pavillons réside dans la difficulté de recruter du personnel médical, peu enclin à travailler dans ce type de structure après le drame d'Adeline. Dès 2016, l'ensemble des pavillons de Curabilis devrait être fonctionnel. Relevons que le nombre de places est d'ores et déjà inférieur à la demande, d'où les pressions entourant l'ouverture de cet hôpital pénitentiaire. (24heures, 04 avril 2014). La mise en fonction de cette structure tant attendue en Suisse romande soulève de multiples autres problématiques, notamment la difficulté d'engager du personnel formé chez les agents de détention. Plus de 60% d'entre eux seraient des stagiaires. Lorsque l'on sait toute la complexité de l'accompagnement de détenus souffrant de maladies psychiques ou de troubles de la personnalité, on peut facilement comprendre pourquoi cette situation interpelle. Par ailleurs, pour diverses raisons hormis celles précitées, le directeur de l'établissement, M. Florian Hübner, a donné sa démission le 17 novembre 2014. Ceci démontre bien les enjeux qui résident autour de Curabilis et les nombreuses attentes qui lui sont attribuées.

Dans la presse, les journalistes font mention d'une prison destinée aux détenus les plus dangereux de la Suisse romande ce qui, dans les faits, est complètement erroné. D'une part parce qu'à travers ce genre de propos, les médias sous-entendent que tout détenu souffrant d'une maladie psychique serait « *dangereux* ». D'autre part, j'ai pu constater que bien des détenus dont la prise en charge engendrait de nombreuses difficultés au sein des EPO et qui souffraient d'une grave pathologie psychique se voyaient refuser leur place à Curabilis ; la direction estimant qu'il s'agissait de cas trop difficiles. Quel paradoxe ! Les détenus concernés sont notamment ceux faisant l'objet d'un internement au sens de l'art.64 CPS. Dans ce cas de figure, les thérapies sont vouées à l'échec au sens du Code pénal. Ils sont donc considérés comme « *incurables* ».

Malgré l'ouverture de cet hôpital carcéral qui devait permettre de pallier au fait qu'aucune structure véritablement adaptée pour les détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique n'était alors en fonction en Suisse romande, la prise en charge de ces personnes demeure encore lacunaire.

2.2 La psychiatrie forensique

Pendant longtemps, bon nombre de psychothérapeutes ou professionnels soignants ont estimé que les domaines judiciaires et pénitentiaires n'étaient pas des espaces propices à des interventions telles que les leurs. Parallèlement, les réflexions concernant les rapports entre le crime et le psychisme ont toujours fait partie intégrante de leurs préoccupations et ont donné lieu à une théorisation abondante sur le sujet sans que cela débouche dans la pratique. La prise de conscience de l'importante souffrance psychique qui s'exprime dans les lieux de détention a notamment amené les professionnels à reconsidérer cet état de fait. Tout comme le travail avec les détenus sur leur violence interne ou sur la gestion des manifestations découlant de pulsions déviantes qui les ont encouragés à intégrer des prises en charge plus spécifiques sur le terrain. Les buts visés par ces interventions sont de prévenir et d'éviter la réitération de comportements transgressifs et d'actes déviants. En effet, la prévention de la récidive est notamment tributaire de l'intérêt porté aux facteurs criminogènes (impulsivité, instabilité...) ainsi qu'au mode de vie du détenu (ses motivations, ses apprentissages sociaux). (Gravier, B., 2010).

La psychiatrie forensique est une pratique qui se situe au confluent de la loi et de la psychiatrie, à l'interface entre les domaines médical et pénal. Il s'agit donc d'un terme qui souligne la position particulière du soignant, pris dans un tout autre contexte que son espace habituel de travail. La psychothérapie en psychiatrie forensique comprend notamment les mesures pénales, dont les thérapies ordonnées entrant dans le cadre de l'article 59 du CPS. Cette mesure thérapeutique fait partie des mandats de traitement attribués aux médecins par l'autorité judiciaire à l'issue du jugement. Les instances politiques et pénales ont souvent des attentes démesurées à cet égard, faisant fi des moyens et des structures largement insuffisants dans ce domaine. La réalité du terrain est occultée et les rôles des différents acteurs mal définis et entrecroisés. Bruno Gravier (Gravier, B. & Eytan, A., 2011) cite, à titre d'exemple, certaines vertus associées aux thérapeutes comme la rééducation de comportements socialement inacceptables, la prise de conscience de la gravité de l'acte ou encore la nécessité de changement et le repentir du détenu. Certaines exigences font penser à de véritables gardes à vue psychiatrique où la position du soignant y est dégradée au profit d'une « *expertise de la dangerosité* ». Le soin relationnel y est fortement péjoré, voire occulté, ce qui engendre une grave atteinte aux libertés. Gravier et Eytan parlent d'un « *authentique casier psychiatrique à vie* » (Gravier, B. & Eytan, A., 2011, p.1808). Au-delà des instances politiques et juridiques, la société et ses craintes, induites par l'émotion suscitée par certains actes criminels, expriment elles aussi le fait qu'elles ne puissent concevoir le soin en milieu carcéral que pour une visée sécuritaire (protection de la société). L'usage de la psychiatrie est perçu et devient un instrument d'évaluation, de contrôle et de suivi de l'action pénale sans se préoccuper des prérequis nécessaires à toute approche psycho-sociale. Les conséquences qui découlent de ces perceptions et aprioris sont des logiques d'enfermement peu intelligibles où seule domine l'anticipation et la diminution de la dangerosité. Parallèlement, le traitement devient un moyen pour restreindre au maximum le risque de récidive alors que la raison première de son introduction devrait résider dans l'apport d'un soulagement et d'un effet thérapeutique pour le malade. Dès lors, le conflit de la psychiatrie forensique s'articule autour d'un questionnement : le traitement a-t-il pour fonction d'apaiser des symptômes ou d'être guidé par des préoccupations de sécurité publique ? Ces inquiétudes conduisent les autorités pénales et pénitentiaires à ne considérer comme pertinentes que des approches orientées vers le délit et la prévention, le taux de récidives étant un critère majeur de l'efficacité thérapeutique. Cependant, il s'agit là d'une démarche criminologique qui ne peut se concevoir que de manière pluridisciplinaire. Ceci implique une considération de tous les éléments qui entrent en ligne de compte dans le suivi du détenu, notamment son accompagnement socio-éducatif et

non uniquement l'aspect thérapeutique. Avant de viser l'efficacité d'un traitement ou d'une thérapie, telle qu'elle est attendue par les autorités et l'opinion publique, le travail du psychiatre doit avant tout se penser en termes de rencontre. La rencontre avec des patients-détenus, prisonniers de l'image souvent monstrueuse qu'ils ont d'eux-mêmes et que leur renvoie la société. Il est alors fondamental que le suivi thérapeutique leur permette de retrouver un semblant d'humanité (Gravier, B., 2010). De plus, le thérapeute n'est pas un expert :

« Les traitements qui visent à la prévention de la réitération de l'acte pour les thérapeutes, et qui sont entendus par le corps social comme prévention de la récidive, en s'étayant sur des injonctions pénales posent des questions multiples allant de la confidentialité de l'acte thérapeutique jusqu'à l'emprise que peuvent exercer le thérapeute et l'environnement judiciaire et pénitentiaire pour obliger le patient à un changement psychique dont l'évidence ne s'impose pas à lui. »
(Gravier, B. & Eytan, A., 2011, p.1810).

La mise en route d'un traitement suscite souvent de nombreuses autres interrogations. En effet, est-il justifié qu'un détenu puisse accéder à certains soins, au coût pouvant être exorbitant, alors qu'il ne pourra pas bénéficier de traitement similaire une fois libéré ? Ceci pour diverses raisons : expulsions, mode de vie, situation financière etc... Le risque de ce questionnement est qu'insidieusement, certaines indications se définissent davantage par rapport au devenir de la personne concernée plutôt qu'à des critères médicaux (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003).

En prison, les professionnels de la santé tentent de garder ou de rétablir la santé physique et/ou psychique des détenus, dans un milieu qui tend à la dégrader. De plus, l'exercice de leur profession doit se conformer aux textes légaux et aux diverses recommandations des autorités et de la hiérarchie. (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010). Ils sont contraints de prendre en compte des exigences d'ordre sécuritaire tout en veillant à préserver le bien-être, l'intimité et le maintien de la dignité du détenu. La concomitance d'intérêts et d'objectifs parfois divergents constitue une spécificité de la médecine pénitentiaire. La prison est loin de constituer un cadre thérapeutique idéal. Il y est difficile de respecter la confidentialité et même la simple discrétion pourtant indispensables à la continuité du lien de confiance. L'échange d'informations sanitaires entre le personnel de santé et le personnel de sécurité peut être autorisé, voire imposé, dans certaines situations particulières. Mais là encore, le médecin pénitentiaire ne peut s'éloigner du droit commun et est tenu de solliciter l'accord du patient-détenu ou, en cas de danger imminent, être délié du secret par l'autorité compétente (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003). Ce secret médical, qui apparaît comme l'un des principes fondamentaux dans n'importe quelle pratique, est mis à mal en milieu carcéral car il est considéré comme une sorte de prise de pouvoir sur le reste du personnel pénitentiaire. La nécessité des échanges qui doivent s'instaurer avec les équipes de surveillance et le huis clos dans lequel les différents partenaires de l'établissement sont pris n'arrangent pas son application. Il est donc important de savoir le préserver tout en respectant la nécessité de transmettre certaines informations aux divers acteurs du milieu pénitentiaire. En effet, autant le détenu a droit à des soins dans le respect de la confidentialité, autant il est parfaitement compréhensible que l'agent de détention revendique la connaissance des risques que peut lui faire encourir ce dernier. Le respect des espaces mutuels a fait quelques progrès ces dernières années. Néanmoins, l'indépendance du médecin, le consentement libre et éclairé ainsi que le secret médical restent des valeurs fondamentales de l'exercice médical (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010).

La première rencontre entre un professionnel soignant et un détenu est un moment intense. Les questions ne sont pas toujours bien accueillies et même si la confiance s'installe en principe rapidement, elle reste fragile. Lors de l'exécution d'une mesure, comme l'article 59 du CPS, le psychiatre est en charge d'un mandat de soins dont il doit rendre compte aux autorités. Dès lors, il devient aisé de comprendre où réside la difficulté d'instaurer un lien de confiance avec le détenu de par la place qu'occupe le personnel soignant dans le système carcéral. Si les professionnels de la santé sont des partenaires, ils ne sont pas auxiliaires du monde pénitentiaire et ne peuvent donc pas être associés à ses aspects répressifs. Les différents acteurs de la prison doivent rester attentifs à ne pas se faire instrumentaliser par les autorités, le détenu lui-même ou encore l'avocat de ce dernier. Ils peuvent se retrouver en porte-à-faux entre leur rôle de traitant ou d'accompagnant et une certaine « *loyauté* » attendue par les instances pénitentiaires ou judiciaires. Dans un contexte comme celui de la prison, très exposé aux médias notamment, les attentes peuvent être nombreuses et sortir du mandat des professionnels. À titre d'exemples, nous pouvons citer l'avis demandé au psychiatre en ce qui concerne une sanction ou une sortie (sorte de pseudo-expertise) ou encore les renseignements sollicités sur l'évolution d'un détenu en jeûne de protestation alors que ces informations sont soumises au secret médical. Tandis que les attitudes cliniques ne laissent souvent place à aucun reproche, les pratiques peuvent, elles, être durement remises en question (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010).

Selon Jean-Louis Senon (Senon J-L., 2004), la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral nécessite une adaptation et une nouvelle élaboration de la prise en charge thérapeutique par rapport aux prises en charge classiques. Ceci est en partie dû à la population carcérale elle-même, caractérisée par ses nombreuses spécificités, sa fréquente précarisation et les multiples pathologies et problématiques dont les détenus peuvent souffrir. D'autre part, le contexte dans lequel le psychiatre et son équipe interviennent demande lui aussi une capacité d'adaptation. Le cadre de travail avec ses limites et ses contraintes, le fonctionnement, le milieu clos, l'omniprésence de la loi et les règles à respecter, l'obligation de collaboration entre le personnel médical, les agents de détention et les travailleurs sociaux ou encore la restriction de la communication due à la détention sont tout autant de paramètres qui caractérisent le milieu carcéral. Enfin, la durée limitée de la peine (ou illimitée de la mesure !) influence également la prise en charge. Tous ces éléments nécessitent d'adapter les stratégies d'intervention avec une attention particulière sur les relations soignants-soignés, mais aussi sur le devenir du patient-détenu (Senon J-L., 2004). Pierre Thomas fait mention dans son ouvrage du manque de temps et de moyens qu'ont les professionnels soignants à leur disposition, qui doivent « *soigner des psychoses en express* » (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012, p.2).

Selon S.M. Consoli, cité par J-L Senon (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004), le psychiatre doit constamment se faire reconnaître dans sa spécificité et répondre d'un certain scepticisme ambiant. Le personnel soignant doit rester attentif à toute tentation de projeter ses propres difficultés et ses angoisses sur les autres professionnels du service pénitentiaire (notamment les agents de détention), afin de prévenir et de lutter activement contre les phénomènes de clivage, d'exclusion ou de rejet. Chacun des pôles (sécuritaire et médical) doit faire en sorte de cohabiter du mieux qui soit malgré leurs divergences de points de vue en faisant alliance et en reconnaissant mutuellement les compétences des uns et des autres. Ceci représente un idéal et il est clair que sur le terrain, cette fragile construction de liens, constamment remaniés, dépendra beaucoup de l'investissement que chaque protagoniste mettra pour qu'ils puissent perdurer. L'équipe psychiatrique doit donc sans cesse se battre pour son intégration et par la suite, pour maintenir sa différence. Elle doit prouver son utilité et démontrer son efficacité,

notamment en convainquant les différents partenaires de la pertinence de l'approche proposée. L'identité du psychiatre doit être reprécisée et consolidée régulièrement car sa place et son rôle ne sont jamais définitivement acquis. L'équipe psychiatrique peut être le support de mouvements projectifs et identificatoires à l'origine de la difficulté de leur travail. Le risque est d'aboutir au déni de la spécificité du travail psychiatrique ; cette même spécificité qui peut favoriser l'isolement (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004).

Nous pouvons observer deux mouvements contradictoires dans le domaine des soins. D'un côté, le renforcement de l'autonomie et des droits des patients (respect de la dignité et de l'intégrité de la personne, capacité de discernement, auto-détermination...) et de l'autre, l'évolution des législations pénales et civiles vers un encadrement plus sécuritaire, voire même asilaire (fermeture des services de soins). Ce retour en arrière semble inévitable, sous l'impulsion de certains faits divers et on constate une judiciarisation des troubles psychiatriques engendrée par les inquiétudes et le besoin de protection de notre société. Toute la question de la prise en charge de détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique en milieu carcéral réside alors entre deux volontés. D'une part, celle de déstigmatiser la maladie afin qu'elle ne soit plus perçue comme un équivalent à la dangerosité et d'autre part, celle de savoir quelles réponses apporter, sur le terrain, à des personnes en situation de crise et/ou astreintes à une injonction thérapeutique (traitement sous contrainte). Le professionnel doit rester attentif aux pressions négatives telles que la menace et la force vis-à-vis de détenus pouvant présenter des symptômes de stress post-traumatique dus à une hospitalisation non-volontaire à la suite d'un épisode psychotique, à l'incarcération ou encore aux symptômes psychotiques eux-mêmes. Toute cette accumulation d'événements ajoutée à la maladie elle-même entraîne des souffrances qu'il importe de pouvoir soulager. Les mesures de contention et la restriction des mouvements font l'objet de directives éthiques très strictes donnant des indications précieuses dans les législations cantonales : recherche de solutions alternatives, désescalade verbale, désignation d'un représentant thérapeutique, directives anticipées... Ces alternatives peuvent être envisagées tant que la sécurité de la personne effectuant la prise en charge est garantie (Gravier, B. & Eytan, A., (2011). Il est fondamental que les approches thérapeutiques permettent un suivi intensif dans des lieux pensés pour des personnes décompensées ou aux prises avec des accès de violence. Cependant, faute d'infrastructures appropriées, il n'est pas rare que certaines équipes soient débordées et interpellées par leurs difficultés à faire face à certaines situations très lourdes. Elles n'ont parfois pas d'autres choix que de faire usage de mesures de contention. Néanmoins, aucune contrainte ne doit être justifiée par des considérations sécuritaires, sauf dans des cas de figure bien spécifiques, car l'objectif d'une prise en charge est bien d'inscrire la personne concernée dans un accompagnement et des soins dont elle comprend et reconnaît le bien-fondé (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004).

La médecine pénitentiaire est bien souvent clairement hiérarchisée, avec une politique de prise en charge décidée par des responsables, qui supervisent la plupart des interventions auprès des détenus et donnent une ligne directrice qui leur est propre. Me Baptiste Viredaz (Viderat, B., 2013), avocat et docteur en droit, relève dans son article « *De quelques problèmes pratiques liés à l'exécution des internements* » que l'on observe un tournus relativement important au sein du personnel du service médical pénitentiaire. Ceci a pour conséquence que le détenu suivi sur de nombreuses années doit souvent subir plusieurs changements de thérapeutes. « *Sans remettre en question la compétence de ces professionnels de la santé, il faut sans aucun doute considérer les difficultés qu'il y a pour le détenu, en pareilles circonstances, de maintenir un lien de confiance avec les médecins du service de médecine pénitentiaire auxquels il est soumis* » (Viderat, B., 2013, p.14). Le risque découlant de cette rupture de liens, est non seulement un rejet du médecin référent, mais aussi du service

médical dans son ensemble. Une telle éventualité est d'autant plus probable lorsque la privation de liberté est longue, en particulier dans le cas des mesures thérapeutiques, où on observe une érosion progressive du lien de confiance. En effet, pour la plupart des détenus, ces multiples interventions du service font partie intégrante de la dynamique qui les voit être maintenus en prison. Une telle pensée peut parfois être favorisée par la pathologie psychique elle-même. Certaines situations deviennent même inextricables. La prise en charge est alors rendue impossible alors que celle-ci même est indispensable à un élargissement du régime d'exécution, voire, à plus long terme, à une libération conditionnelle ou définitive. C'est un cercle vicieux. De plus, ce genre de situation bafoue les droits du détenu. En effet, la Cour européenne des droits de l'homme a indiqué qu'une privation de liberté sans une prise en charge adaptée était constitutive d'une violation de l'article 3, interdiction de la torture, intitulé : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* » (ACEDH Kafkaris C., Chypre, Requête N° 21906/04 du 12 février 2008⁶). Il existerait pourtant diverses solutions permettant d'y remédier. L'une d'elle serait de transférer le détenu dans un établissement d'un autre canton afin que ce dernier puisse bénéficier de la prise en charge d'autre service médical. Ici, ce n'est pas uniquement l'intérêt du détenu qui est en jeu mais également celui de la collectivité publique. En effet, une prise en charge réussie permet de limiter les coûts liés à l'exécution de la mesure (qui se prolongerait sinon) mais aussi de favoriser une plus grande sécurité. Le fait que la personne condamnée puisse choisir son thérapeute, par le biais d'une liste de spécialistes prêts à intervenir en milieu carcéral, pourrait apporter une autre réponse à la problématique précitée. Bien que cette solution aurait probablement un coût relativement élevé, celui-ci ne serait certainement pas plus important que celui lié à l'intervention du SMPP (Viderat, B., 2013).

2.2.1 La prise en charge

Les fonctions du psychiatre en milieu carcéral (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012) se regroupent sous trois principales actions :

- Détecter les troubles psychiatriques chez les détenus arrivants
- Soigner et traiter les pathologies déjà existantes ou naissantes
- Assurer la continuité des soins lors de la libération

La médication n'est pas le seul moyen d'atténuer les conséquences négatives et la souffrance engendrée par une psychopathologie. Il est essentiel que les personnes concernées puissent également bénéficier d'un suivi et d'un soutien psychiatrique et/ou psychologique mais aussi d'une prise en charge pluridisciplinaire. Seul un travail de réseau comportant des moments de rencontres interdisciplinaires pourra construire un cadre psychothérapeutique adapté aux contraintes pénales et à celles imposées par les autorités pénitentiaires et le contexte carcéral. Pour se faire, il est important de respecter et de clarifier les rôles et les missions de chacun, mais aussi la part d'intimité indispensable à l'accompagnement. Ce sont des prérequis à une prise en soin adéquate et satisfaisante. C'est à travers ces échanges clairs que les illusions et les attentes découlant d'une injonction thérapeutique peuvent s'estomper. La pluridisciplinarité permet de fixer des objectifs qui prennent en considération l'état psychique du détenu mais aussi sa situation globale. Il est également nécessaire de ne pas réduire l'approche thérapeutique à une seule dimension criminologique. La définition du cadre de travail, tenant compte des possibilités et des limites des interventions, est indispensable dans

⁶ la Cour considère qu'« infliger à un adulte une peine perpétuelle et incompressible d'emprisonnement excluant tout espoir d'élargissement peut soulever une question sous l'angle de l'article 3 » sauf si le droit national prévoit une possibilité, même très limitée, d'élargissement

un contexte comme celui de la prison. En effet, les patients-détenus sont souvent peu enclins à s'engager dans un processus d'accompagnement thérapeutique en raison de leur structure psychique, de leur absence de motivation ou encore de la simple incompréhension de ce qu'implique un travail sur soi. Les professionnels exerçant en milieu carcéral se trouvent dans un carrefour de demandes et d'attentes souvent urgentes, très diverses et parfois même, irréalisables. Elles constituent une multitude de zones de pressions susceptibles de biaiser les relations établies avec les détenus. Il est donc important de s'interroger sur la faisabilité de l'articulation entre la loyauté du professionnel vis-à-vis du détenu qu'il suit et la manière dont l'acte commis et jugé va être questionné dans le travail thérapeutique et socio-éducatif (Gravier, B., 2010).

Différentes approches ont fait leur preuve, comme la thérapie cognitivo-comportementale et les approches motivationnelles ou psycho-éducatives. Les objectifs poursuivis convergent vers les mêmes missions :

- Privilégier l'empathie plutôt que la confrontation
- Développer les compétences de la personne permettant une meilleure qualité de vie
- Aider à surmonter les difficultés face au sentiment de solitude affective
- Développer une relation d'attachement *secure*
- Travailler sur l'expression des émotions
- Prendre en compte la fragilité du narcissisme, la propension au clivage, à l'emprise et à la destructivité
- Exister, en tant que professionnel, dans l'éventuel vide psychique du patient-détenu à travers une écoute active et un vocabulaire approprié
- Aborder des contenus psychiques à forte densité émotionnelle
- Approcher les traumatismes de la personne

Ces divers points favorisent une attitude active qui vient nommer l'inacceptable de l'acte et permettent d'éviter au discours pervers de constituer le seul fil conducteur de l'accompagnement. Bruno Gravier relève également la nécessité de rester attentif au processus de transfert et de contre-transfert et à la posture professionnelle face à une telle population et à la sidération que peuvent provoquer certains de leurs discours dans notre propre psychisme (Gravier, B., 2010). Les situations déconcertantes, dramatiques ou encore inextricables font partie du travail du psychiatre en milieu carcéral et la plupart d'entre elles ne se retrouvent pas dans la littérature. C'est pourquoi, la psychiatrie ne peut d'autant pas être perçue comme toute puissante, ce qui est souvent le cas dans l'imaginaire collectif. L'accompagnement de cette population doublement exclue (maladie psychique et incarcération) est complexe et singulière. Le psychiatre se doit de rester humble et d'accepter parfois le fait qu'il n'est qu'un simple « *scribe* » (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012, p.5).

Il est indispensable que le personnel soignant dispose non seulement de solides connaissances médicales, mais aussi pénales, éthiques, déontologiques et sociales s'il veut assurer une pratique adéquate et performante tout en garantissant l'équivalence des soins. C'est pourquoi, les formations de base mais aussi continues sont essentielles. Le renforcement des réseaux de travail (internes et externes aux prisons) et les lieux de rencontres afin de confronter et d'harmoniser les pratiques sont également des éléments non négligeables. Dans l'idéal, toute personne désireuse d'exercer en milieu carcéral devrait passer une année à temps partiel en établissement pénitentiaire dans le but de modifier les perceptions erronées qu'elle peut avoir sur la médecine pénitentiaire (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010). Au-delà d'une formation adaptée, les professionnels manquent bien

souvent de temps, de moyens variés et de supervisions pour pouvoir fournir des interventions adaptées et riches. Le taux d'encadrement médical et infirmier varie considérablement d'un établissement à un autre ce qui engendre une inévitable restriction de l'offre thérapeutique et une négligence des aspects préventifs. Le suivi stagne et les soignants s'enlisent dans des prises en charge qui manquent de cohésion. Cela s'illustre notamment au travers des multiples condamnations de certaines personnes, connues pour leur inadaptation à la société et leur comportement déviant, qui n'ont vraisemblablement pas pu tirer tous les bénéfices que pourraient amener une prise en charge adaptée (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012).

2.3 Santé mentale en milieu carcéral

L'état de santé général des détenus est nettement moins bon que celui de la population libre et les situations limites sont fréquentes. Ceci s'illustre notamment par le fait que la mortalité par overdoses et suicides est huit fois supérieure à celle de la population générale. De plus, les personnes incarcérées arrivent bien souvent avec une santé mentale et/ou physique déjà fragilisée par certaines problématiques découlant de leur vécu telles que : ruptures familiales et socio-professionnelles, marginalisation, situation financière et administrative catastrophique, analphabétisme, parcours migratoire, milieu social et économique défavorisé, climat de violence, toxicomanie... (Gravier, B., 2010). Les antécédents de traumatismes graves, d'abandons ou encore d'abus sont également plus élevés en milieu carcéral qu'au sein de la population en général (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). La violence de la prison et de son quotidien ainsi que la détresse de certains détenus entraînent l'adoption de comportements à risque tels que le jeûne de protestation, la grève de la faim, le refus des soins, les automutilations, les tentatives de suicide et parfois même la demande de traitement sous contrainte. Ces diverses problématiques témoignent de l'incapacité de certaines personnes à faire la différence entre pensée et action et à porter une attention particulière à leur monde intérieur (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010). La diversité de la population carcérale, de par les nationalités, les croyances religieuses ainsi que les statuts sociaux vient s'entrecroiser avec les différentes problématiques précitées et plongent la plupart des détenus dans une stigmatisation et une vulnérabilité qui peut être momentanée pour certains et chroniques pour d'autres. En particulier lorsqu'ils souffrent de troubles psychiatriques sévères et/ou de problèmes d'addiction. (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010). Les conditions d'incarcération, la durée de la détention, les origines culturelles, l'histoire de vie ou encore les difficultés de compréhension, de langage et de lecture du détenu (dans la plupart des prisons, plus de la moitié des détenus n'ont pas achevé leur scolarité obligatoire (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004), sont d'autres facteurs rendant encore plus complexes les choix et les orientations thérapeutiques (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003).

2.3.1 Evaluation, prévention

De nombreux auteurs soulignent l'importance d'un entretien d'accueil ou d'une intervention précoce qui permettent non seulement une évaluation clinique du détenu mais aussi de susciter une demande de suivi. Le psychiatre doit faire preuve d'empathie et bien gérer la distance professionnelle qu'il adopte afin de rester vigilant face aux capacités de séduction de la personne incarcérée et d'éviter de reproduire l'alternance fusion-rupture maternelle qu'elle a pu connaître. Ce premier entretien est également l'occasion d'informer le détenu sur les possibilités de prises en charge intra et extra pénitentiaires. Il est important d'investiguer les raisons sous-jacentes à une demande, lorsque cette dernière émane directement du détenu. En

effet, il peut alors s'agir soit d'un choix stratégique, soit d'une démarche plus authentique (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004).

Chaque détenu est censé bénéficier d'une visite médicale lors de son admission et pouvoir demander une consultation à tout moment si son état de santé le nécessite, quel que soit son régime de détention. Bien souvent, la consultation représente pour le détenu l'occasion de consulter pour des raisons qui vont bien au-delà du seul paramètre médical. Le secteur des soins fournit un lieu où il a la possibilité d'exprimer un mal-être personnel et l'opportunité de formuler des demandes diverses, pour lui-même ou son entourage, mais aussi vis-à-vis de l'institution pénitentiaire, voire même du système judiciaire. La fonction de soignants en prison relève parfois davantage de la pédagogie, de l'éducation, de la psychologie, du travail social ou encore d'un soutien spirituel (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003). La prévalence des maladies infectieuses, des addictions et des troubles psychiatriques est élevée en milieu carcéral. L'incarcération peut s'avérer être la seule opportunité de dépistage et l'occasion d'obtenir un suivi, de bénéficier d'une prise en soin jusqu'alors réduite et d'accéder à des messages de prévention. L'action thérapeutique se confronte néanmoins à certaines limites, notamment lorsqu'un détenu astreint à un traitement risque de retourner dans une marginalisation ou une clandestinité à sa libération (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010).

On le voit, chaque discipline, bien que distincte, s'entrecroise dans un tel contexte. De nombreux établissements pénitentiaires de petite taille ne bénéficient pas d'un service médical permanent. Lorsque les infirmiers et les médecins sont absents, il revient alors au personnel pénitentiaire ou aux agents de détention d'apprécier la situation d'un détenu et de percevoir l'existence d'un problème de santé ou d'une détresse psychique et de le signaler. Les surveillants et les autres professionnels ne disposent que de leur intuition pour faire la part des choses et s'orienter face à une plainte. C'est pourquoi, certains auteurs pointent la nécessité d'une formation en matière de santé (mentale et physique) du personnel pénitentiaire afin qu'il puisse mieux appréhender les situations auxquelles il est confronté et avoir une meilleure compréhension des éventuelles démarches à entreprendre (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003).

L'évaluation des problèmes de santé des détenus est rendue complexe par l'incidence des maladies infectieuses, telles que les hépatites ou le VIH, la comorbidité psychiatrique ou encore la grande précarisation de beaucoup d'entre eux. L'éventualité d'une hospitalisation ne sera pas envisagée de la même manière selon le statut pénitentiaire car les questions de sécurité restent toujours omniprésentes. En cas de simulation de la part du détenu, de tentative d'évasion ou d'évasion réussie, les professionnels se sentiront responsables d'une erreur d'appréciation qui aura peut-être mis la société en danger et les aura décrédibilisés aux yeux de la prison. Inversement, ils ne peuvent pas non plus se permettre de mettre en jeu le pronostic vital d'un détenu. L'appréciation d'une situation ou de certains symptômes est loin d'être aisée et cela demande une grande clairvoyance de la part des professionnels soignants. D'autant plus que les moyens d'investigation sont moindres en prison. Dès qu'un examen nécessite un appareillage dont ne dispose pas l'établissement pénitentiaire, l'obligation de mobiliser du temps et du personnel implique parfois de devoir insister avant d'obtenir de tels déplacements. Pour le concordat romand et le Tessin, seul l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (HUG) est organisé pour recevoir des détenus de façon sécurisée pour une longue période. L'hospitalisation est envisageable dans d'autres hôpitaux mais elles représentent une source de tensions et d'inquiétudes dues à la nécessité de prévoir un accompagnement sécurisé qui mobilise des policiers ou des agents de sécurité et au coût élevé qu'un tel accueil implique. Si l'hospitalisation devait se prolonger, le transfert à l'HUG sera inévitable.

Lorsque la situation est urgente et grave, le transport en ambulance est une règle. Dans le cas contraire, les déplacements sont très contraignants et demandent une organisation complexe engendrée par le parcours imposé au train cellulaire qui effectue chaque jour un trajet immuable (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003).

« La structure et le fonctionnement carcéraux sont complexes ; la santé a parfois de la difficulté à se glisser dans une institution autoritaire, hiérarchisée et peu encline à la souplesse. Il n'est pas rare qu'un détenu renonce à une consultation au profit d'autres activités, ou refuse un avis hospitalier du fait des conditions policières de transfert (menottes). » (Rieder, J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010, p.1463).

Evaluation et prévention impliquent aussi de la part des professionnels entourant un détenu, de savoir détecter les cas de maltraitance : passages à tabac, rackets, menaces, pressions psychologiques, chantages, agressions, viols... Bien qu'en exécution de peine les personnes incarcérées sont dans des cellules individuelles, cela n'empêche pas cette dure réalité d'exister. Ainsi, Pierre Thomas a pu observer que certaines dépressions résultaient de mauvais traitements, trop longtemps ignorés. Les détenus souffrant de troubles psychiatriques subissent fréquemment des violences physiques et ce, à plus grand échelle que le reste de la population carcérale (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). La crainte des représailles est grande et c'est la loi du silence qui s'installe au sein du cellulaire.

2.3.2 Les effets de l'enfermement

Une personne incarcérée vit son ou ses problèmes de santé plus intensément que si elle était libre. Cela peut générer de l'anxiété, des angoisses, voire même de la révolte à l'encontre des professionnels, des autres détenus ou de la structure dont elle dépend. Ce phénomène est d'autant plus marqué lorsque l'atteinte et/ou le diagnostic sont sévères (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003). Le personnel pénitentiaire doit également rester attentif au fait que fréquemment, le stress engendré par la détention altère, intensifie ou encore déclenche l'expression des symptômes. En effet, le choc de l'incarcération s'accompagne dans la plupart des cas d'une multitude de troubles qui s'expliquent par la perturbation des mécanismes adaptatifs. (Iten, A., Gravier, B. & Elger, B., 2003). Les effets nocifs de la prison peuvent confronter les détenus à un quotidien composé de nombreuses contraintes : rupture avec le milieu extérieur et le contexte de vie, atteinte à l'intimité, isolement, routine, perte des repères spatio-temporels et sociaux, perte de l'autonomie, exigüité du lieu, autocensure, promiscuité avec des co-détenus au comportement parfois difficile, carences affectives... Pour une partie des personnes incarcérées, le contexte carcéral peut renforcer leur problématique et les fragiliser davantage. L'incidence de la pathologie psychiatrique et la réalité des souffrances psychiques mettent en exergue la complexité du travail d'accompagnement qui peut s'inscrire dans un tel contexte. Un travail psychothérapeutique en milieu carcéral nécessite la mise en place d'un dispositif suffisamment contenant pour faire face à la violence du détenu, à celle de son histoire et à celle de l'environnement pénitentiaire. Car il ne faut pas l'oublier, l'accompagnement s'articule autour de personnes ayant régulièrement recours au passage à l'acte tout en luttant contre un vécu traumatique et un sentiment d'anéantissement (Gravier, B., 2010).

L'emprisonnement a donc une incidence sur l'état mental d'un détenu, qu'il soit malade psychiquement ou non. Il ne s'agit pas d'une situation de vie anodine et le contexte et les conditions de détention ne sont pas toujours évidentes sur bien des plans. Les événements auxquels nous faisons face au quotidien par des mécanismes de défense psychique sont, en

milieu carcéral, bien plus difficiles à surmonter. Le décès d'un proche avec l'impossibilité de se rendre à l'enterrement, une rupture dont il est difficile de pouvoir obtenir des explications, un enfant qui grandit mais qui n'est visible qu'au travers de quelques visites annuelles sont autant de moments douloureux face auxquels le détenu n'a que peu d'emprise. Il doit apprendre à accepter et gérer une coupure avec l'extérieur qui devient alors insupportable. Faire appel au psychiatre durant ces épreuves de la vie est tout à fait compréhensible à l'extérieur, mais en prison, cela renvoie trop rapidement à la maladie mentale et stigmatise la personne concernée (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012, p.5).

2.3.3 Pathologies, troubles et comportements

Les problématiques principales que l'on retrouve en prison, recensées par une grande partie des auteurs ayant écrit sur le sujet, sont les suivantes : les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité, les pathologies de la sexualité (pédophilie, paraphilie), les troubles de l'humeur, les troubles de l'adaptation, les troubles du comportement, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles du sommeil, le retard mental, les conduites addictives, les grèves de la faim, l'hétéro-agressivité, l'auto-agressivité, les tentatives de suicide et les suicides aboutis.

Dans leur travail, Seena Fazel, chercheur à l'université d'Oxford et John Danesh, chercheur à l'université de Cambridge (Senon, J.-L., 2004) passent rigoureusement en revue 62 publications internationales portant sur 22 790 détenus de 12 pays occidentaux qui ont une moyenne d'âge de 29 ans et qui sont des hommes dans 81% des cas (Fazel, S., Danesh, J., 2002). Il ressort qu'un détenu sur sept souffre d'une pathologie psychiatrique dont 3,7% de psychoses chroniques, 10% de troubles dépressifs caractérisés et 65% de troubles de la personnalité (incluant 47% de personnalités antisociales). Ils ont également recensé plus de dépressions chez les femmes que chez les hommes, mais un détenu sur dix, pour les deux sexes confondus, présente un état dépressif caractérisé. Les personnalités antisociales sont par contre plus fréquentes chez les détenus masculins (47%) que chez les femmes (21%). S. Fazel et J. Danesh font une comparaison entre la population carcérale et la population générale. Les résultats sont sans équivoque : ils observent quatre fois plus de psychoses ou de dépressions et dix fois plus de personnalités antisociales au sens du DSM-IV⁷ au sein des prisons (Senon, J.-L., 2004). Deux autres études sont assez significatives, celle de Coldefy (Coldefy, M., Faure, P., Prieto, N., 2002) et celle de Falissard et Rouillon (Falissard, B., Rouillon, F., 2004). La première portait sur 23'00 détenus, à leur arrivée en prison. On y recense : 12% de troubles anxieux, 7% de troubles de l'humeur, 8% de troubles psychotiques, 34% de troubles de la personnalité et 25% de problèmes d'addictions. Cet échantillon représente donc plus de la moitié de la population carcérale. La seconde portait sur 998 détenus incarcérés depuis au moins quinze mois. La prévalence des troubles est ici répartie comme suit : 56% de troubles anxieux, 47% de troubles de l'humeur, 17% de troubles psychotiques, 28% de troubles de la personnalité antisociale et 38% d'addictions aux drogues illicites et 20% d'addictions à l'alcool (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). Nous pouvons alors constater que malgré le fait que la deuxième étude porte sur la moitié moins de personnes détenues, le nombre d'entre elles concernées par des troubles ou des maladies psychiatriques est bien plus élevé après plus d'une année d'emprisonnement.

⁷ "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" est un manuel de diagnostics et de statistiques des troubles mentaux, ouvrage qui comprend cinq révisions

Troubles anxieux et dépressifs

Les troubles anxieux sont les plus fréquents au sein des établissements pénitentiaires et témoignent des difficultés liées à l'univers carcéral. Ils sont également présents chez les détenus cherchant, à travers leur prise en charge, un moyen d'obtenir des psychotropes. Ces troubles conduisent parfois à de véritables attaques de panique avec risque de raptus anxieux ou de passages à l'acte auto-agressif. Les troubles dépressifs sont, eux aussi, particulièrement présents en milieu carcéral. Les dépressions réactionnelles peuvent précipiter un geste suicidaire, notamment en détention préventive, lorsque le prévenu « réalise » la gravité et les conséquences de ses actes ou encore lors de sevrages brutaux. La symptomatologie de ce type de dépression est ici particulière. L'inhibition psychomotrice est souvent modérée voire absente, l'humeur semble adaptée aux conditions de vie du sujet et la culpabilité est rarement exprimée. En exécution de peine, ce sont plutôt des dépressions de type abandonnique qui peuvent s'exprimer. La perte de repères engendrée par la détention peut favoriser l'apparition de syndromes régressifs, notamment chez les personnalités de type névrotique. Il est important de les déceler rapidement afin d'éviter le repli sur soi et l'abandon, souvent retrouvés avant les tentatives de suicide. J-L Senon cite ensuite S. Baron-Laforêt qui a mis en évidence plusieurs temps particulièrement propices aux manifestations précitées : « *au cours de la garde à vue, au moment de l'écrou, durant les premiers jours de l'incarcération, au moment de l'adaptation au milieu carcéral, lors du jugement, et à l'approche ou au moment de la sortie.* » (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004). Certains auteurs regroupent sous le terme de « *psychoses carcérales* » les troubles adaptatifs et/ou les décompensations psychotiques survenant durant ces différentes périodes, plus spécifiquement durant les premiers jours d'incarcération en détention préventive et au moment du transfert dans un établissement d'exécution de peine.

Troubles psychiatriques

La proportion de personnes souffrant d'une maladie psychique en prison est nettement plus élevée qu'au sein du reste de la population et représente plus du tiers de la population carcérale. (Vogel, T., Lanquillon, S. & Graf, M., 2013). L'incarcération ou le passage à l'acte lui-même, sont souvent les révélateurs de l'existence d'une pathologie psychiatrique, telle que la schizophrénie notamment. En effet, cette maladie étant caractérisée par des exacerbations sensorielles sous la forme d'hallucinations visuelles et auditives, cela peut fortement modifier le fonctionnement habituel de la personne et avoir des conséquences graves sur son comportement pouvant être à l'origine du délit (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004). Par ailleurs, les détenus souffrant de ce type de pathologie ou encore les personnes bipolaires ont un risque accru de multiplier les incarcérations (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). Si toutes les formes de schizophrénies peuvent se rencontrer en milieu carcéral, elles sont la plupart du temps en relation avec des thèmes de persécution (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004). La plupart du temps, il s'agit de personnes désocialisées, qui n'ont pas été stabilisées par une médication adaptée et en grande détresse existentielle. Une comorbidité est fréquemment observée, avec une addiction à divers produits psychotropes et à l'alcool. L'utilisation de ces substances fait office de médication ou devient le seul recours pour tenter de mettre fin aux souffrances engendrées par les différents symptômes de la maladie (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010). La cellule peut avoir un effet sécurisant sur les détenus concernés, car elle contient leurs idées délirantes et leur offre un espace privilégié, qui les protège et les rassure. Malheureusement, cela devient une source d'isolement pour cette partie de la population carcérale déjà en proie à de la stigmatisation et de l'exclusion. De plus, l'enfermement peut, dans la plupart des cas, avoir un effet complètement inverse et au contraire, accentuer le sentiment de persécution et augmenter les

hallucinations. Pour les détenus souffrant d'une psychose sévère et avérée avec des symptômes florides, leur pathologie se voit alors vivement renforcée (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012).

Troubles de la personnalité

Certains troubles de la personnalité sont fortement représentés en milieu carcéral, notamment les personnalités dyssociales, les personnalités limites à expression psychopathique ou encore les psychopathologies de carence. La grande majorité du temps, les détenus concernés s'expriment par le passage à l'acte (Senon, J.-L., 2004). Dans 80% des tentatives de suicide ou d'automutilation et dans plus de 60% des incidents graves survenant en prison, ce sont des détenus ayant une personnalité états-limites à expression psychopathique qui sont concernés. « *Bergeret définit la clinique de ces personnalités selon la prédominance de quatre séries de symptômes* (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004, p. 692) :

- *L'angoisse permanente de vide, fluctuante*
- *Le syndrome dépressif : traduisant le « vide existentiel » du sujet. Il apparaît pour J. Bergeret comme l'élément fondamental de ce mode d'organisation de la personnalité*
- *Les symptômes névrotiques : multiples et fluctuants*
- *L'instabilité et l'impulsivité : avec facilité du passage à l'acte, conduites sexuelles déviantes, abus toxicomaniaques... »*

J-L Senon fait référence à O. Kernberg (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004) qui caractérise la personnalité limite à trait psychopathique par des mécanismes de défense prégénitaux contre l'angoisse, de type psychotique, tels que le clivage, l'idéalisation primitive, l'identification projective et le déni. La biographie de ces détenus est souvent mouvementée et marquée par des carences affectives précoces. O. Kernberg relève également des antécédents de violences physiques et/ou sexuelles, d'abandons et une instabilité et des lacunes dans la relation avec la mère, ponctuée de ruptures et de fusions. La figure du père est la plupart du temps absente, voire inexistante sur le plan symbolique. Il est souhaitable dans la prise en charge des personnalités limites à expression psychopathique d'établir un contrat de soins. Il présente l'avantage d'une responsabilisation du patient dans sa prise en charge et permet de matérialiser le cadre et d'en fixer les limites afin d'éviter de répéter les situations de rupture, trop connues du sujet (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004). Pour Pierre Thomas, il est fréquent que ces personnalités soient surreprésentées dans les quartiers disciplinaires. Leur impulsivité, leur manque de conformisme et leur incapacité à respecter des règles engendrent bien souvent des démonstrations de force pouvant dégénérer à une vitesse fulgurante. Leur remontrance, ce qui est jugé comme intolérable ou inconcevable pour eux, peut aboutir à de l'auto-agression allant parfois jusqu'à la tentative de suicide alors qu'il ne s'agit pas d'une réelle volonté autodestructrice mais plutôt d'un moyen pour évacuer un surplus ou pour faire passer un message à autrui (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012).

Le trouble de la personnalité antisociale est quant à lui caractérisé par de « *graves troubles du narcissisme responsables de l'absence de maîtrise pulsionnelle* » (J-L Senon, 2004, p. 650). Les passages à l'acte et les comportements violents semblent avoir pour fonction de sauver ce narcissisme défaillant (J-L Senon, 2004). Le travail proposé aux détenus concernés devrait donc avoir pour but premier de rétablir la continuité narcissique permettant de canaliser des mouvements internes violents (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004). Aux Etats-Unis, J. Reid Meloy a étudié les psychopathies graves à travers une approche dynamique, s'éloignant du cloisonnement des points de vue théoriques. Il a porté son intérêt sur des formes nouvelles de psychopathie, repérées dans l'adolescence et parfois émaillées par des décompensations

d'allure psychotique mais essentiellement caractérisées par la violence des troubles du comportement. Les agents de détention, tout comme le personnel soignant, sont souvent démunis face ces détenus régulièrement en proie à des accès de violence et des crises clastiques. Il faut un certain temps avant qu'une approche relationnelle puisse s'établir et qu'un travail de mise en mots puisse s'amorcer. La recrudescence des actes auto et hétéro-agressifs et des comportements violents en prison s'explique en partie par la haute prévalence de ces troubles de la personnalité et des pathologies psychiatriques sévères (Rieder J-P., Bertrand, D., Wolf, H., Gravier, B., Pasche, C. & Bodenmann, P., 2010). Les agressions envers le personnel, en constante augmentation, constituent souvent une source de tension entre l'équipe psychiatrique et l'équipe pénitentiaire. En effet, toute agression ne nécessite pas forcément un transfert en psychiatrie ce qui semble incompréhensible pour le personnel pénitentiaire (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004).

Autres maladies

Seul Pierre Thomas (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012) fait référence aux démences, aux cancers ou encore aux pathologies neurodégénératives qui peuvent influencer grandement le passage à l'acte, notamment dans le cadre des crimes de sang commis par des personnes âgées. Les échanges avec des médecins somaticiens sont alors indispensables pour pouvoir médicalement expliquer et comprendre la raison du délit. Il mentionne également les personnes souffrant d'un retard mental, moyen à sévère, qui certes ne sont pas nombreuses en milieu carcéral mais qui apparaissent comme les moins armées pour faire face à la dureté d'un tel contexte. Pour l'auteur, ces détenus n'ont absolument pas leur place en prison qui relève d'une absurdité absolue. La maladie devant être au cœur de la prise en charge, c'est dans un milieu de soins que leur chance de survie est la plus grande car ils pourraient bénéficier d'un accompagnement adapté à leur pathologie (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012).

Les addictions

Il y a une forte proportion de personnes toxicomanes et la détention en elle-même est un facteur de risque aggravant. En effet, la population carcérale est fortement exposée à une surconsommation de substances engendrant une dépendance (tabac, alcool, psychotropes, médicaments). En moyenne, plus des deux tiers des détenus entrant en prison présentent une dépendance à l'alcool ou souffrent de problèmes de toxicomanie. Ce pourcentage est en recrudescence. En l'espace de dix ans, les condamnations pour infraction à la loi sur les stupéfiants a augmenté de 60%. Parmi les troubles psychiatriques présentés par cette population, on retrouve plus de 25% de symptômes dépressifs et 25% de symptômes anxio-dépressifs réactionnels. La fréquence des actes auto-agressifs chez les détenus concernés est élevée puisque 57% d'entre eux ont tenté à leurs jours et 25% s'automutilent. Leur prise en charge pose quelques problèmes, notamment de par les spécificités qu'elle nécessite, la disponibilité des divers professionnels et les traitements nécessaires à la stabilisation de leur état (traitements de substitution, anxiolytiques, benzodiazépines...) (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004). Il s'agit également du pourcentage de la population carcérale le plus en proie à du harcèlement voire à des passages à tabac en lien avec des trafics qui sévissent dans le cellulaire. Pour les personnes toxicomanes, la prison fait malheureusement souvent partie de leur trajectoire de vie (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012).

Grève de la faim

J-L Senon (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004) s'appuie sur différents auteurs pour expliquer les raisons sous-jacentes d'une grève de la faim. Selon M. Gayda, il s'agit principalement d'un mode de protestation ou de pression sur les différentes autorités (judiciaires, pénitentiaires ou politiques). Le taux des grèves de la faim est en constante diminution depuis 1985. A. Tatossian, D. Glezer et G. Casile mettent en garde les soignants contre les enjeux créés dans ces situations conflictuelles entre le gréviste et les autorités ou la/les personnes « visées » et dans lesquelles ils risquent d'être instrumentalisés (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004).

Auto-agressions et suicides

Les automutilations sont favorisées par l'absence de verbalisation et permettent d'obtenir une décharge brutale de la tension interne. Ces comportements caractérisent par ailleurs des personnes détenues souffrant d'un champ de la communication perturbé. Elles sont bien souvent l'apanage de certains profils psychologiques (troubles limites de la personnalité, personnalités narcissiques, jeunes détenus...). Jean-Louis Senon reprend les constatations de M. Cipriani-Crauste, qui évoque l'« état de mal suicidaire » chez l'individu « auto-agressant ». Selon lui, cet état peut s'exprimer soit par un acte isolé lors d'un raptus anxieux, soit par une répétition de conduites auto-agressives variées (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004, p.691).

Quant au taux de mortalité par suicide en prison, il est près de six fois supérieur à celui rencontré dans la population générale. Les moyens privilégiés pour y parvenir sont la pendaison et la strangulation, bien que le suicide par absorption médicamenteuse soit en augmentation relative. En effet, le détenu gère partiellement son traitement et les prescriptions ne sont pas toujours adaptées. De nombreux suicides ou tentatives de suicide sont enregistrés dans les quartiers disciplinaires. La durée de la sanction disciplinaire est également un facteur précipitant. Jean-Louis Senon cite N. Bourgoïn (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004) qui a proposé au terme d'un travail d'observation de plus de dix ans, de définir un profil type de détenus qui se sont suicidés. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'individus jeunes, célibataires, sans enfant, sans emploi et étant incarcérés pour la première fois dont le mode de passage à l'acte le plus fréquent est la pendaison. J-L Senon relève ensuite les quatre groupes de facteurs « suicidogènes » mentionnés par M. Bénézech (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004, p. 691) :

- « • *Les conditions de vie en prison : choc de l'incarcération, perte des repères habituels, perte de l'autonomie, la promiscuité...* ;
- *Les particularités des populations carcérales : majoritairement masculines, jeunes (deux tiers des détenus ont moins de 30 ans), personnalités fragiles ou limites (états limites, toxicomanes...) ;*
- *Le fonctionnement de la justice pénale qui ne favorise pas le dépistage des difficultés psychologiques (difficultés procédurales, gravité des décisions judiciaires...) ;*
- *La « mutation culturelle » de la prison, par exemple : relâchement de la discipline, perte des repères institutionnels, etc... »*

Les décès intervenant une semaine après la libération sont eux aussi nombreux et fréquemment, il ne s'agit pas de morts naturelles : homicides, overdoses, suicides... Ceci s'expliquent en grande partie par le stress engendré par le retour dans la société et toutes

démarches qui en découlent : recherche de logement, réinsertion professionnelle, renouer des liens familiaux quand cela est encore possible, rétablir des relations sociales, tenter de ne pas retomber dans une quelconque forme de dépendance... Tout cela illustre l'importance d'une libération bien préparée au préalable (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012).

3. Observations et questionnements

Ma dernière période de formation pratique aux Etablissements de la plaine de l'Orbe m'a permis de découvrir la complexité du milieu carcéral, ainsi que ses nombreuses subtilités. Elle représentait une précieuse occasion de pouvoir observer les diverses pratiques professionnelles et surtout, la manière dont s'articulent les prises en charge des détenus souffrant d'une maladie psychiatrique. En amenant des constations provenant directement du terrain, ce chapitre me permet de compléter mon cadre théorique. Pour la rédaction des différents thèmes abordés plus haut, j'ai volontairement ciblé quelques auteurs afin que le corps de mon texte reste cohérent car il y a autant d'auteurs que d'avis différents. Lors de la rédaction de mon travail, en 2015, Bruno Gravier était alors le médecin-chef du SMPP ici en Suisse. Il me semblait donc peu envisageable de ne pas inclure ses articles dans mes lectures. Dans la pratique, j'ai cependant rapidement pu m'apercevoir que la ligne directrice qu'il énonce et revendique en matière d'accompagnement et de prises en charge est parfois difficilement applicable. De plus, elle ne laisse que peu de place à d'autres approches pouvant être bénéfiques pour le détenu. Le service médical n'étant pas rattaché au Service Pénitentiaire qui lui, comprend l'ensemble des autres professionnels travaillant sur le site des EPO, une forme de clivage persiste. Pourtant, Bruno Gravier tout comme Jean-Louis Senon, insistent sur l'importance d'une collaboration entre les acteurs du milieu carcéral, basée sur la communication et le respect des rôles de chacun. J'ai toutefois pu constater à plusieurs reprises qu'il s'agit là davantage d'un idéal que d'une réalité. L'échange d'informations et la disponibilité du personnel médical sont souvent des points laborieux, bien qu'il ne faille pas généraliser non plus ces constations à tous les professionnels du SMPP. Il en va de même concernant l'articulation des interventions des agents de détention et celles du service médical. Tous ne se montrent pas ouverts au dialogue, cherchant à défendre sa fonction respective et ses interventions en occultant celles de l'autre.

En discutant de manière informelle sur les difficultés auxquels sont confrontés quotidiennement les agents de détention, ils ont surtout relevé le manque d'effectifs, la recrudescence des arrêts maladies (fatigue au travail, ras-le-bol général, dépression), l'encadrement des agents stagiaires en surnombre, les pressions politiques et une organisation générale parfois chaotique. L'accompagnement des détenus souffrant de maladie psychique apparaît comme un élément parmi tant d'autres, complexifiant leurs interventions. Cependant, passablement d'agents s'accordent à dire que les pathologies sont de plus en plus lourdes et la manifestation de certains symptômes rend bien souvent la prise en charge très complexe. Le manque de temps et parfois, d'écoute et de soutien de la part du personnel médical ne font qu'amplifier la fatigue générale et j'ai pu sentir une certaine lassitude chez des personnes pourtant très aguerries et sensibles à ces problématiques. J'ai également été interpellée à plusieurs reprises par le comportement ou les propos de certains agents de détention. Les détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique sont régulièrement considérés comme sales et fainéants. Les moqueries ou les phrases déplacées foisonnent dans les cellulaire : « *l'étage des gogols, des tarrés* » en parlant de l'Unité Psychiatrique, « *moi aussi je veux pas travailler parce que j'ai des voix dans ma tête* », « *je vous laisse rentrer vous dans la cellule et constater ce qu'est un magnifique art.59* » en évoquant l'insalubrité dans laquelle vivait un détenu particulièrement affecté par sa schizophrénie et ne parvenant plus à se mobiliser pour

nettoyer sa cellule et se laver. Les problèmes d'hygiène sont assez récurrents chez les personnes malades, mais il arrive que des agents ne puissent pas concevoir que cela soit en lien avec la pathologie. Cette dernière est perçue comme un prétexte pour que le détenu concerné se laisse aller et ne se rende plus en atelier. J'ai également constaté une fréquente corrélation entre maladie psychiatrique et retard mental. Les traitements souvent lourds et les symptômes de certaines pathologies psychiatriques peuvent fortement ralentir la personne en question. Elle peut sembler hébétée ou mettre du temps à comprendre ce qu'on lui dit. Ceci ne signifie pas qu'elle souffre nécessairement d'un retard mental. Le manque de connaissance et d'intérêt pour le sujet se manifeste alors par une incompréhension totale de ces éléments et engendrent parfois une absence de tolérance ou même de respect à l'égard des personnes malades. Je n'irais pas jusqu'à parler de maltraitance mais je me souviens d'une scène où l'agent de détention présent s'est fait un malin plaisir à se moquer ouvertement du détenu lorsqu'un infirmier le motivait pour qu'il aille prendre une douche. C'est à se demander si certains surveillants n'éprouvent pas un plaisir sadique à rabaisser des personnes qu'ils jugent comme faibles ou stupides. Bien heureusement, j'ai aussi fait la connaissance d'agents de détention vraiment compétents, qui remplissaient leur rôle de façon similaire à celui d'un éducateur en privilégiant le dialogue, l'écoute, le soutien et les compromis. Ils m'ont cependant confié que ce n'était pas toujours évident d'assumer cette manière d'être, certains collègues voyant d'un mauvais œil le fait d'être « *trop proche* » d'un détenu. Comme si cela prétérait leur crédibilité et les aspects sécuritaires.

Une sorte de nouvelle tendance est en recrudescence. Celle de tous nouveaux agents de détention, âgés de moins de trente ans, qui affichent des propos clairement discriminatoires. Ces jeunes agents associent leur fonction à de la répression pure et dure, au détriment des aspects relationnels. J'ai également pu constater, qu'ils étaient quelque peu limités dans leur capacité réflexive et ne montraient pas le moindre intérêt à approfondir leurs connaissances. Paradoxalement, il semble qu'ils adoptent les mêmes attitudes et manière d'agir que les plus anciens. Nostalgiques des méthodes répressives de l'époque où les détenus étaient cadrés, corrigés, ne laissant aucune place à des interactions basées sur l'empathie et le respect de la dignité de l'autre. Parallèlement, j'ai le sentiment que les agents âgés entre trente et cinquante ans, sont ceux qui se montrent les plus ouverts d'esprit, investis dans leur travail. Ils cherchent à se former pour mieux comprendre les pathologies et axer leurs interventions le plus adroitement possibles. Il semblerait que cette génération ait choisi le métier d'agent suite à une reconversion professionnelle et avec une réelle envie de privilégier la relation humaine avant les aspects sécuritaires. Sans sous-estimer l'importance de ces derniers, ils refusent que leur application se fasse au détriment de la création d'un lien et de moments d'échange et d'écoute. Les agents concernés prennent davantage de temps auprès des détenus, se montrent plus patients et font preuve de compréhension dans les situations les plus complexes. Très objectifs dans leurs approches, intéressés par l'avis des assistants sociaux et du personnel médical, soutenant et aidant au quotidien, ils accordent de l'importance à la manière dont ils articulent leurs actions. Ils n'hésitent pas à donner de leur personne pour désamorcer les tensions internes ou les escalades de violence et à être présents auprès de détenus plus fragiles. Malheureusement, je constate que ce sont ces mêmes professionnels qui s'épuisent plus vite. En étant très impliqués dans leur travail qu'ils effectuent de manière consciencieuse, ils doivent palier à un manque d'agents expérimentés et l'efficacité de leurs interventions engendre une forte sollicitation de la part des divers intervenants.

La durée d'incarcération des détenus astreints à l'art.59 CPS est de plus en plus longue. Cela s'explique par plusieurs raisons dont le fait qu'il n'y ait pas suffisamment d'institutions à même de les prendre en charge. De plus, ces dernières se montrent de plus en plus réfractaires à accueillir des personnes ayant commis de graves délits pourtant atteinte à l'intégrité

d'autrui. Les évènements relatifs à l'affaire Marie ou Adeline n'ont fait qu'accroître les craintes et les appréhensions des directeurs de foyers. Les Offices et les Juges ne veulent prendre aucun risque, tout comme le SMPP et les directions des établissements pénitentiaires, qui donnent leur préavis. Les conséquences qui pourraient découler d'une mauvaise décision poussent les autorités judiciaires à maintenir les personnes en prison. Les pressions politiques et sociales influencent elles aussi la conjoncture actuelle. Les décisions prises sont biaisées par une peur constante (peur de la récidive, peur de l'opinion publique...), ce qui engendre un non-respect de l'individualité de la peine. En effet, toute personne détenue, sous prétexte qu'elle ait commis un délit, ne peut être forcément considérée comme dangereuse pour la société sans tenir compte d'une vision systémique de sa situation, de son comportement, de ses ressources, de ses perspectives... De plus, la notion de dangerosité est extrêmement subjective et chacun peut l'interpréter à sa propre appréciation. Dès lors, il devient difficile de parler d'impartialité dans l'évaluation d'une ouverture de régime ou non. On en arrive à des extrêmes avec des durées d'incarcération qui se prolongent de façon indéterminée ne font que péjorer l'état général du détenu concerné, qui par manque de perspective, ne parvient plus à trouver du sens à sa vie. Les objectifs fixés semblent inatteignables et le moindre échec (consommations, sanctions, avertissements) est jugé sévèrement et peut occasionner un retour en arrière (annulation d'une sortie, placement dans un secteur plus fermé...). Le témoignage d'un détenu dans l'émission *Vacarme* de la Radio Télévision Suisse⁸ a permis d'explicitier tout ce qu'a engendré l'article 59 CPS sur son existence et son parcours. Après une tentative de suicide dans l'institution dans laquelle il se trouvait, cet homme fut incarcéré une nouvelle fois. Je ne peux m'empêcher de faire un parallèle avec les situations où le détenu s'auto-agresse ou décompense et se retrouve dans les quartiers haute sécurité. En effet, la cellule rose (cellule d'apaisement qui est de cette couleur) permet une surveillance vidéo de la personne et est conçue pour que la personne ne puisse pas se blesser avec des objets tranchants. Cependant, elle se situe dans le même secteur que les arrêts disciplinaires (lorsqu'un détenu a été sanctionné) et les isolements à titre de sûreté (lorsque le comportement du détenu met en danger la vie et l'intégrité du personnel). À nouveau, j'y entrevois une sorte de corrélation entre maladie mentale, détresse psychique et dangerosité. La pertinence des propos du détenu interrogé par la RTS est venue confirmer cela. Après une tentative de suicide, il ne se retrouve non pas en hôpital psychiatrique, mais en prison. La durée indéterminée de cette mesure et le manque de recul sur les effets bénéfiques ou non qu'elle peut avoir fait penser à un moyen efficace de maintenir une personne en détention ou en institution. Par méconnaissance ou par crainte de ce que signifie vivre avec une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité, la peur de la récidive fait naître une sorte de psychose qui enferme la personne dans le système judiciaire, sous prétexte de protéger la société. Je développe plus en détails les dilemmes et enjeux éthiques de cet art.59 CPS dans le chapitre suivant.

Je crois que ce qui m'a le plus frappée lors de ce stage ce sont les répercussions que l'incarcération peut avoir sur les détenus. La prison est un milieu hostile qui engendre très souvent de multiples souffrances et altère la santé physique et psychique des personnes incarcérées. L'enfermement a de nombreux effets néfastes sur le moral, sur les notions d'espace et de temps et sur les relations humaines, particulièrement entre codétenus. Au sein du cellulaire, c'est la loi du plus fort qui s'installe. Trafics en tout genre viennent réguler les interactions et génèrent de nombreuses tensions. Endettement, brimades, menaces, passage à tabacs, c'est une escalade de terreur qui rythme le quotidien de certains détenus. Les personnes toxicomanes et celles souffrant de pathologies psychiatriques sont les plus visées et en proie à de multiples sollicitations de la part des autres détenus. Celles qui n'ont jamais touché à aucune substance finissent par lâcher prise et acheter leur dose. Les plus affaiblies et

⁸ <http://www.rts.ch/la-1ere/programmes/vacarme/5788163-vacarme-du-05-05-2014.html>

fragilisées deviennent des victimes facilement accessibles. Que ce soit par mes propres observations ou par le biais de témoignages de la surveillance, de mes collègues ou des détenus eux-mêmes, je ne suis pas restée insensible à cette violence omniprésente. S'ajoute à cette dernière, l'incarcération elle-même qui est souvent vécue comme un choc et peut engendrer détresse psychique, angoisses, anxiété, fréquentes automutilations, tentatives de suicide... Le soir, les angoisses augmentent, les lumières s'allument et les détenus sollicitent les agents de détention par le biais de l'interphone. Certains ont pu observer de véritables terreurs nocturnes, semblables à celles des enfants. La solitude se fait pesante et le silence génère des crises de panique. À mes yeux, la prison est davantage une machine à broyer qu'un milieu permettant aux personnes d'entreprendre un travail sur eux-mêmes et d'entamer un processus de changement. Michel Foucault (Foucault M., *Surveiller et punir*, 1975) a publié de nombreux écrits à ce sujet, exposant toutes les interrogations se rattachant au sens de l'enfermement. Sachant les dégâts que l'incarcération engendre sur la santé mentale et physique de n'importe quel individu, nous pouvons aisément comprendre que les personnes fragilisées par une maladie psychiatrique sont d'autant plus touchées. La prison n'est pas un lieu de soin. Le milieu carcéral n'est pas un contexte permettant la mise en place d'une prise en charge et d'un accompagnement psycho-social pluridisciplinaire appropriés.

Par ailleurs, les journées d'observation que j'ai effectuées à l'Unité Psychiatrique de Bochuz sont venues conforter ce constat. Les détenus sont principalement admis dans l'Unité en cas de décompensation ou de crises aiguës. Elle comporte huit places, comprises dans l'effectif de la prison. Ceci signifie que les personnes qui y sont accueillies ne savent généralement pas à quel moment elles repartiront dans un autre secteur. En effet, tant qu'il n'y a pas de place qui se libère ailleurs, la personne est maintenue à l'Unité Psychiatrique à moins qu'il ait été décidé de la très courte durée du séjour (une semaine) où le détenu conserve sa cellule libre dans l'autre secteur. Chaque journée à l'Unité Psychiatrique est organisée de façon plus ou moins similaire. En principe, elle comprend une heure de promenade, une heure de sport, un atelier culinaire, les tâches journalières (faire la vaisselle, balayer, vider les poubelles etc...) et les prises de traitements. Le reste du temps, les personnes détenues sont fermées dans leur cellule. Une ergothérapeute vient tout juste d'être engagée. Les précédentes ont démissionné car leurs interventions demeuraient restreintes et elles ne possédaient que peu de marge de manœuvre. Jusqu'à maintenant, les moments durant lesquels les personnes peuvent circuler librement dans l'unité ne sont pas animés par des activités éducatives ou culturelles malgré deux salles de vie. Les infirmiers tentent donc tant bien que mal de remplir cette fonction mais ils ne disposent pas forcément du temps et des compétences nécessaires. En effet, ils ne sont pas des infirmiers en psychiatrie car ils travaillent indifféremment dans n'importe quel secteur, étant rattachés au service médical qui dessert tout le pénitencier de Bochuz ainsi que la Colonie fermée et la Colonie ouverte. Lorsque l'on sait toutes les spécificités relatives à la prise en charge de détenus fragilisés par une pathologie psychiatrique, cela me questionne fortement. Les professionnels les entourant sont censés posséder un bagage de connaissances suffisant. De plus, la plupart d'entre eux n'ont pas véritablement fait le choix de travailler en milieu carcéral ou même auprès de personnes souffrant de maladie psychique. Là aussi, ce constat soulève plusieurs interrogations. La plupart du personnel soignant possède une certaine expérience en milieu hospitalier mais n'avait jusqu'alors jamais porté les pieds dans une prison. S'ajoute à ces différentes constatations, les tournus fréquents des infirmiers au sein de l'Unité qui ne facilitent pas la création de liens de confiance avec les personnes détenues et a même tendance à déstabiliser ces dernières. Certains chefs d'ateliers et assistants sociaux ont parfois proposé de mettre en place des projets au sein de l'Unité Psychiatrique mais le SMPP a toujours rechigné à engager des collaborateurs du Service Pénitentiaire. En effet, bien que l'Unité se situe au sein même du pénitencier, elle est exclusivement gérée par le SMPP. Ceci met en exergue les difficultés de collaboration et renforce le sentiment que le

médical détient le monopole vis-à-vis des autres secteurs. Cela a pour conséquence ce fameux clivage décrit dans le cadre théorique. Dans le secteur D du pénitencier, comprenant les personnes arrivantes et les personnes en évaluation, les chefs d'atelier ont aménagé un espace permettant un accompagnement proche de celui fourni par un éducateur dans un lieu de vie. En m'y rendant tous les mercredis, j'ai pu constater que l'organisation de cet atelier contribuait à favoriser les échanges et valorisait les détenus. Souhaitant développer le même type d'activités au sein de l'Unité Psychiatrique, ils se sont vus refuser leur proposition. Il ne faut cependant pas diaboliser ce constat, certains infirmiers sont très impliqués dans leur rôle et présents dans l'élaboration de projets individualisés en partenariat avec les assistants sociaux.

4. La problématique

De nombreux établissements pénitentiaires romands accueillent des détenus sous mesure thérapeutique, faute de place dans des prisons d'exécution de peine appropriées. Seul le pénitencier de Bochuz et la prison La Tuilière possèdent une Unité Psychiatrique en Suisse romande. Curabilis, sorte de prison-hôpital destinée à l'accueil de détenus souffrant de pathologie psychiatrique apparaît comme le troisième lieu susceptible de prendre en charge ce type de détenus. Cependant, cet établissement reste, quoi qu'on en dise, une prison. Cela démontre bien le manque actuel en termes de structures et d'encadrement psycho-social et malgré les réflexions en cours, peu de solutions concrètes existent. Cette constatation débouche sur la problématique principale de mon travail : la prison n'est pas un lieu adapté pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ce n'est pas un lieu de soin et même les gens qui ne souffrent pas d'une santé mentale fragilisée voient bien souvent leur état général se dégrader. Les professionnels entourant cette population doivent néanmoins « *faire avec* ». De cette problématique centrale en découle beaucoup d'autres : augmentation des actes commis en lien avec une psychopathologie, manque de place dans les prisons, mesures d'accueil insuffisantes dans les hôpitaux psychiatriques, manque de structures appropriées pouvant accueillir des détenus astreints à une mesure thérapeutique, difficultés et dilemmes éthiques dans l'association de la sécurité et du soin... Le canton de Vaud planche actuellement sur des projets d'amélioration et de nouveaux établissements pénitentiaires plus adaptés aux besoins actuels. En effet, bien que les politiques aient conscience que les structures manquent cruellement pour ce type de population, leur quête persiste sans que personne ne se soit réellement penché sur les raisons de cet immobilisme (Gasser, J. & Gravier, B., 2007).

4.1 L'article 59 CPS: ses buts et ses conséquences

À la suite de l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal en 2007, les juges ont dû réexaminer les dossiers en cours des personnes condamnées à l'internement en vertu de l'ancienne disposition au sens de l'art.43 CPS (actuel art.64 CPS)⁹. Ceci dans le but de définir si les conditions d'une mesure thérapeutique institutionnelle (art.59 CPS) pouvaient être remplies, auquel cas le juge devait l'ordonner. Dans le cas contraire, l'art.43 CPS était commué en art.64 CPS. Ainsi, les deux tiers des jugements concernant ce type de scénario ont été convertis en art.59 CPS. Ce nombre important a surpris le chef de l'Unité exécution des peines et des mesures de l'Office fédérale de la justice, M. Walter Troxler, qui a dès lors

⁹ Dans un délai de douze mois à compter de l'entrée en vigueur du nouveau droit, le juge examine si les personnes qui sont internées selon les art. 42 ou 43, ch. 1, al. 2, de l'ancien droit remplissent les conditions d'une mesure thérapeutique (art. 59 à 61 ou 63). Dans l'affirmative, le juge ordonne cette mesure; dans le cas contraire, l'internement se poursuit conformément au nouveau droit. (Dispositions finales CPS)

souligné la nécessité de développer l'offre en matière de soins institutionnels. Du point de vue du Conseil fédéral et du Parlement, le but premier de l'introduction de nouvelles mesures comme celle de l'art.59 CPS était avant tout une amélioration de l'accès au soin pour les personnes condamnées concernées. Dans les faits, cette mesure qualifiée aussi de « *petit internement* », ne poursuit pas véritablement l'objectif de soigner mais plutôt d'assurer une protection de la société semblable à celle de l'internement. C'est ce que met en exergue André Kuhn (Fischer, S., 2013), professeur en droit pénal à l'Université de Lausanne. Preuve en est, l'article 59 alinéa 3 qui prévoit l'exécution du traitement dans un milieu fermé (sous-entendu dans un établissement pénitentiaire), puisque la plupart des institutions ne possèdent pas de secteur fermé ou suffisamment sécurisé. Ceci est en totale contradiction avec les exigences de l'article 58 alinéa 2 qui stipulent que « *les lieux d'exécution des mesures thérapeutiques visés aux art. 59 à 61 doivent être séparés des lieux d'exécution des peines* ». Les personnes concernées sont donc très rarement soignées de manière adéquate et la principale conséquence qui en découle est qu'elles ne pourront être libérées. Cette notion de libération semble également faire l'effet d'un leurre à travers la soi-disant durée déterminée de la mesure. Elle est certes limitée à cinq ans, mais peut être renouvelée aussi longtemps que son maintien est jugé nécessaire. Ce qui signifie que son application peut être à vie ! Par ailleurs, il n'est pas rare que dans les établissements pénitentiaires de haute sécurité tels que Pöschwies à Zürich ou les Etablissements de la plaine de l'Orbe, certains détenus condamnés à un internement ou à une mesure thérapeutique institutionnelle y soient depuis plus de dix ans. L'une des raisons qui peut expliquer cette longue durée d'incarcération, au-delà du prolongement même de l'article, réside dans le manque de place disponible et appropriée à cette prise en soin spécifique en institution, notamment en Suisse romande. La prison de Bellechasse, qui offre des places de régime plus ouvert, planche actuellement sur un projet d'environ 55 places qui seraient exclusivement destinées aux mesures thérapeutiques (art.59, 60 et 63 CPS) d'ici 2017. D'autres projets sont actuellement étudiés dans les cantons romands. En attendant, actuellement, environ 150 personnes exécutent ces mesures dans des secteurs ouverts, bien qu'en milieu carcéral, tels que Bellechasse à Fribourg, Crêtelongue en Valais ou encore à la Colonie Ouverte aux EPO (Fischer, S., 2013).

Ces longues durées d'incarcération posent également toutes les questions relatives au vieillissement de la population ainsi qu'aux difficultés de réinsertion (faibles attaches sociales, absence de la famille, santé précaire, dettes, recherche d'emplois quasiment inenvisageable, logement...). Me Baptiste Viredaz (Viredaz, B., 2013), avocat, Dr. en droit et chargé de cours aux Universités de Lausanne et de Genève ajoute : « *Ils sont incarcérés pour une durée indéterminée, dont le terme dépendra de leur évolution, cette dernière s'évaluant essentiellement à la lumière de leur dangerosité, notion pour le moins subjective.* » Les contrôles instaurés chaque année afin de vérifier la pertinence du maintien de la mesure sont eux aussi problématiques. D'une part parce que la lenteur des procédures donne parfois l'impression que le droit à l'examen annuel est nié et d'autre part, l'expertise psychiatrique qui accompagne régulièrement ce contrôle et qui peut davantage faire retarder les procédures. Ceci s'explique notamment par le fait que l'expert ne doit pas avoir traité l'expertisé ni même s'en être occupé d'une quelconque autre manière, pour des raisons évidentes d'impartialité (art.56.4, 62d.2 et 64b.2 CPS). Pour que cette condition soit remplie, cela implique que l'expert psychiatre soit externe à l'établissement et doive donc se déplacer, à plusieurs reprises pour s'entretenir avec l'intéressé. À de rares occasions, une double expertise peut être demandée. De plus, le nombre d'experts est relativement restreint et beaucoup se connaissent ou sont rattachés au même service universitaire. Le respect de l'indépendance de l'expertise est donc difficile à garantir. Il est certes possible de faire appel à des experts externes aux services universitaires mais ils sont plutôt rares et bien souvent, méconnus des autorités. En outre, il semblerait que ceux-ci n'acceptent pas toujours de se déplacer devant l'autorité

compétente pour y être entendus et questionnés avant une prise de décision. Pour Me Viredaz (Viredaz, B., 2013) les solutions résident peut-être dans la mise en œuvre d'une liste exhaustive des psychiatres susceptibles d'intervenir sur l'ensemble du territoire suisse ou alors d'envisager des expertises privées. Pour toutes les raisons exposées, les autorités compétentes peinent souvent à mener à bien leur mission dans les délais impartis.

De nombreuses données manquent encore concernant certaines statistiques. Depuis 2007, le recul n'est pas encore suffisant pour pouvoir analyser pleinement la situation des personnes sous mesure 59 CPS. Nous savons cependant qu'elles étaient au nombre de 730 en Suisse, dont 125 en Suisse romande en 2009 (Fischer, S., 2013). Sur ces 125 personnes, 21 ont été placées au sens de l'alinéa 2 (milieu ouvert) dans les quelques 41 établissements plus ou moins habilités à accueillir cette population (comprenant institutions, hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux). S'ajoutent celles qui sont sous mesure 60 CPS (traitement des addictions) et 63 CPS (traitement ambulatoire). M. Walter Troxler (Fischer, S., 2013) précise néanmoins que les lieux où se déroulent ces mesures sont pour l'heure peu connus et que nous ignorons depuis combien de temps ce type de prise en charge est réellement effectué. Dans une étude parue dans son bulletin d'informations en 2010, l'Office fédéral de la justice avait analysé la situation des établissements pénitentiaires fermés prenant en charge des détenus au sens de l'art.59.3 CPS et jugé l'infrastructure et l'espace inadaptes aux Etablissements de la plaine de l'Orbe. En Suisse alémanique, certaines prisons de Berne ou d'Argovie prévoyaient la création de nouvelles sections destinées aux thérapies (Fischer, S., 2013).

Me Baptiste Viredaz (Viredaz, B., 2013) soulève plusieurs autres problématiques que celles précitées. Il estime que la Suisse, dans une quête de sécurité absolue, utilise en quelque sorte l'internement et les mesures thérapeutiques comme des privations de liberté à durée indéterminée pour des délinquants jugés comme dangereux. Au travers de l'art.59 CPS, la justice admet en quelque sorte qu'au-delà d'être dangereux, la personne nécessite des soins. Quant à l'internement au sens de l'art.64 CPS, soit cette dernière est jugée trop dangereuse pour qu'une prise en charge thérapeutique soit prioritaire, soit elle est carrément considérée comme irrécupérable. Pour cet avocat, ces diverses sanctions portent toutes une atteinte considérable aux droits des individus. Initialement, les mesures thérapeutiques étaient prévues pour être exécutées dans des établissements psychiatriques fermés (et non carcéraux), dans des établissements fermés d'exécution de mesures (art.58.2 CPS) ou encore dans une section spéciale d'un établissement carcéral. Cependant, le législateur fédéral est toutefois revenu sur cette idée de départ, probablement conscient qu'il serait bien difficile de la mettre en application bien que, comme le précise l'art.56.5 CPS, le juge ne peut ordonner une mesure que si un établissement approprié est à disposition. Il a donc finalement introduit la possibilité de faire exécuter un traitement institutionnel en prison, pour autant que celui-ci puisse être assuré par du personnel qualifié (ce qui n'est pas toujours le cas). Bien que cela ne résolve pas la question du lieu approprié, il est important de préciser que les cantons disposent d'un délai au 31 décembre 2016 pour créer des infrastructures adéquates (Dispositions finales du CPS, ch.2)¹⁰. Quoi qu'il en soit, des détenus condamnés, dans un même lieu de détention, à différents types de sanctions se côtoient. Une mixité qui paraît peu opportune lorsque l'on sait que ces sanctions poursuivent des objectifs différents avec des modalités d'exécution divergentes. Cette complexité se reflète également dans l'impossibilité d'offrir une prise en charge individualisée, notamment dans la gestion du quotidien (ateliers, rythme de travail, loisirs, formations...). Certains établissements pénitentiaires tentent de palier à cela, ce qui est

¹⁰ Les cantons doivent créer des établissements pour l'exécution des mesures visées aux art. 59, al. 3, et 64, al. 3, dans les dix ans qui suivent l'entrée en vigueur des présentes modifications.

le cas des EPO par exemple. Des ateliers nommés « *ateliers de réinsertion* » ont été mis sur pied et ont pour fonction d'encadrer des personnes souffrant de maladie psychique et nécessitant un temps de travail et des occupations adaptées à leur rythme et à leurs capacités physiques et psychiques. Des dérogations pour des raisons de santé existent dans le Code pénal suisse lorsque la nécessité des soins passe avant celle de l'exécution. Il existe donc bel et bien quelques différences dans le suivi des personnes détenues nécessitant une prise en charge spécifique, mais là encore, l'hétérogénéité de la population pose problème. En effet, cela peut générer un sentiment de discrimination chez les personnes détenues qui ne sont pas concernées et qui peuvent avoir l'impression que leurs codétenus souffrant d'une pathologie psychiatrique bénéficient de traitements de faveur. Cet état de fait peut avoir des répercussions au niveau sécuritaire, avec une montée des tensions engendrant bien souvent de nombreuses conséquences (agressions, insultes, protestations, refus d'obtempérer, railleries etc...). Ce sont précisément ces aspects sécuritaires mis à mal qui ont pour conséquence un durcissement dans les régimes de détention afin de maîtriser les détenus dits difficiles et de maintenir un contrôle dans les interactions et les activités du quotidien. Tout cela, au détriment d'une population déjà fragilisée et stigmatisée (Viredaz, B., 2013).

4.2 Maladies psychiatriques: une affaire judiciaire?

Depuis les années 1990, une tendance préoccupante est en augmentation en Europe, celle de la pénalisation et de l'incarcération croissante de personnes souffrant d'une pathologie psychique dans des établissements pénitentiaires. Parallèlement, on relève aussi une multiplication des mesures à durée indéterminée et des peines prononcées plus sévères. Jean-Louis Senon (Manzanera, C., Senon, J.-L., 2004) parle d'un modèle judiciaire de « *tolérance zéro* » importé des Etats-Unis qui prône une répression inflexible de la petite criminalité. Pour Pierre Thomas (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012), cette évolution n'est pas une simple conséquence de la réduction des places en hôpitaux psychiatriques et d'une nouvelle politique pénale. Il s'agit plutôt d'un manque accru de l'offre de soins pour les patients qualifiés de « *difficiles* ». Ce qualificatif concerne la prise en charge des personnes souffrant de maladie psychique et non la personne elle-même. Malgré des perspectives d'intégration pour celles qui vivent toujours au sein de la population, la comorbidité addictive, la précarisation et les ruptures psycho-sociales rendent l'encadrement et le suivi de ces dernières insuffisamment étoffés et développés. De plus, la psychiatrie générale limite ses soins aux symptômes et ne prend pas en considération les divers aspects pouvant intervenir dans la réalité d'une personne souffrant de troubles psychiatriques, tout comme les éventuels comportements agressifs et antisociaux qui sont eux aussi, occultés (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). Malgré ces divers constats, certains auteurs soulignent le fait que la judiciarisation de personnes marginalisées et rejetées des différentes structures d'accueil ou de soins, non pénales, vers des établissements de psychiatrie forensique, est souvent la seule opportunité pour leur permettre d'accéder à des soins dont ils seraient privés autrement. Cet élément contribue cependant à la surreprésentation des détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique en prison. Dans son ouvrage, Pierre Thomas s'interroge : « *Pourquoi la prison devient-elle le lieu de vie des patients psychiatriques marginalisés ?* » (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012, p. XVII Postface). L'équilibre entre judiciaire, social, politique et sanitaire est difficile à établir, la prison étant toujours au carrefour des ambivalences sociales (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). Parallèlement, le système des mesures pénales, comme l'article 59 du CPS, ordonnées par l'autorité judiciaire, se développe à grande vitesse. Il peut s'appliquer de manière indistincte à toute personne dont on estime qu'elle est redevable d'un traitement institutionnel pour prévenir un nouveau délit. Pourtant, cette mesure thérapeutique précise que lors du jugement, les circonstances du délit doivent être considérées en lien avec la pathologie

psychique de la personne. Le flou le plus complet règne sur ce qu'on entend par traitement et les pathologies auxquelles il pourrait s'adresser :

« Ainsi, pour des détenus astreints à une obligation de soins, le droit des mesures pénales, tel qu'il est en vigueur en Suisse – mais aussi en Allemagne, en Hollande et dans bien d'autres pays – impose un suivi thérapeutique en détention, ordonné par l'autorité judiciaire pénale. La mesure se fonde alors sur le constat d'un grave trouble mental, d'un délit commis en relation avec ce trouble, et sur l'hypothèse que la mesure imposée «détournera l'auteur de nouvelles infractions en relation avec ce trouble» [Art.59 CPS]. Dans les faits, le grave trouble mental est compris par les magistrats et les experts de manière très exhaustive, ce qui conduit certains établissements pénitentiaires suisses à voir plus du tiers de leur population pénale astreint à de telles dispositions » (Gravier, B. & Eytan, A., 2011, p.1809).

Certains détenus se retrouvent alors dans des situations de privation de liberté de très grande rigueur qui peuvent s'avérer fortement incompatibles avec leur souffrance psychique. Cela peut entraîner des troubles du comportement qui induisent à leur tour diverses formes de violence. Cette dernière rend alors difficile le placement des personnes concernées dans des structures non pénitentiaires. Résultat : elles ont souvent un long parcours d'échecs institutionnels car les établissements ouverts sont réticents à les accueillir (Gravier, B. & Eytan, A., 2011). Les nombreuses demandes des Offices d'Exécution des Peines et Mesures ainsi que le manque de place disponible témoignent de la complexité de la situation actuelle. Plusieurs études, dont celle de Lionel Penrose (Hartvig, P., Kjelsberg, E., 2009) datant de 1939, prouvent qu'en augmentant la capacité d'accueil des établissements psychiatriques, on diminue le nombre d'incarcérations résultant de délits commis en lien avec une pathologie psychiatrique mais aussi de manière générale. Encore aujourd'hui, il n'est pas rare que les budgets nationaux soient au profit de la justice et au détriment de la santé ; le statut de détenu prenant le dessus sur celui de patient (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). Gravier et Eytan mettent en avant la nécessité d'une réflexion éthique face à ce phénomène. Plutôt que de partir de mouvements d'exclusions successives de l'usager que personne ne veut, les institutions concernées devraient appréhender ces trajectoires sur la durée, en tenant compte de la pathologie du bénéficiaire, mais aussi des possibilités effectives des équipes. Ces dernières doivent en effet prendre en charge des personnes dans des conditions souvent peu compatibles avec ce que leur état de santé requiert et qui peuvent porter atteinte à leur dignité, voire à leur humanité. *« Jusqu'où et comment accompagner ? »* Telle est la véritable question que les divers professionnels concernés doivent se poser (Gravier, B. & Eytan, A., 2011, p.1810).

4.3 Question de recherche

Bien que mon sujet de recherche mette en évidence de nombreuses problématiques, celles-ci se rejoignent vers un point central : le manque d'établissements offrant une prise en charge adaptée pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques et ayant commis des actes répréhensibles. Cette problématique centrale m'a ainsi incitée à chercher des réponses sur le terrain afin d'appréhender la réalité des professionnels s'y trouvant. J'ai ensuite très vite ciblé les agents de détention, ceci pour plusieurs raisons. Très riche d'éléments relatifs au personnel médical, le contenu de mon cadre théorique reste pauvre par rapport aux interventions du service social et des agents de détention. J'émetts deux hypothèses. Les soins sont particulièrement théorisés car la médecine, de manière générale, est une discipline dite *« noble »*. On ne remet que rarement en question l'avis d'un médecin ou même d'un infirmier.

D'autre part, mon sujet s'intéresse à des détenus souffrant de maladie psychique. La psychiatrie étant au cœur de la prise en charge, les autres domaines d'intervention sont relégués au second plan. Pourtant, ce sont bien les agents de détention qui passent le plus clair de leur temps auprès des détenus. Cet écart manifeste entre l'abondance des lectures concernant le personnel soignant et le travail des psychiatres avec la quasi absence de la pratique des autres secteurs de la prison m'a incitée à orienter ma recherche empirique vers le personnel de surveillance. Il apparaissait donc pertinent de m'attarder sur leur vision de la situation actuelle, leurs difficultés et leurs attentes. Ma question de recherche se formule donc comme suit :

« Comment les agents de détention articulent-ils leur pratique autour d'un détenu placé sous l'article 59 du CPS ? »

4.3.1 Hypothèses

- Les agents de détention ne disposent pas d'un temps et d'un espace suffisant pour fournir une prise en charge satisfaisante aux détenus souffrant d'une maladie psychique.
- Les agents de détention tentent de fournir un accompagnement et un encadrement similaire à celui d'un éducateur mais ne disposent pas des connaissances et des compétences suffisantes pour y parvenir.
- L'accompagnement des détenus souffrant d'une maladie psychique par les agents de détention et le personnel soignant diffère d'une prise en charge éducative et ces disparités ne permettent pas à la personne concernée de cheminer vers une compréhension et une acceptation de sa problématique, ceci en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle.
- L'articulation des différentes disciplines, cumulée aux contraintes pénales, rend la tâche des professionnels complexe en matière de prise en charge.

5. Démarche méthodologique

5.1 Champ d'étude

Comme indiqué plus haut, j'ai ciblé les établissements de la plaine de l'Orbe car il s'agit du seul établissement pénitentiaire de Suisse romande, destiné aux hommes en régime exécution de peine à bénéficier d'une Unité Psychiatrique et d'une prise en charge thérapeutique répondant, dans une certaine mesure, aux attentes de l'art.59 CPS. Il a été difficile pour moi de définir rapidement et précisément mon champ d'étude. En effet, je manquais de connaissances relatives aux aspects juridiques et au fonctionnement des différents établissements pénitentiaires de Suisse romande. Ce n'est donc qu'au travers de lectures, d'entretiens exploratoires et d'échanges informels que j'ai pu cibler mes recherches.

Dans un premier temps, je me suis entretenue avec le directeur du CAAD. Bénéficiant d'une grande expérience de terrain, il a su exposer tous les paramètres pouvant intervenir dans mon sujet de recherche et j'ai ainsi pu définir avec précision le cadre légal et les procédures qui s'articulent autour de mon travail. Cette première étape m'a permis d'orienter mes lectures.

Par la suite, j'ai effectué ma dernière période de formation pratique aux Etablissements de la Plaine de l'Orbe. Ce choix stratégique m'a ouvert les portes du milieu carcéral mais surtout, il m'a donné la possibilité d'être immergée en exécution de peine et de côtoyer des détenus souffrant de maladies psychiques (dont ceux astreints à l'art.59 CPS). Cette expérience aux EPO fut extrêmement enrichissante et m'a permis d'agrémenter mon travail de recherche par de multiples observations et discussions avec les différents professionnels des établissements. Initialement, je pensais interroger tous les acteurs de terrain. Cependant, je me suis très vite aperçue que cela n'était pas réalisable et impliquait un travail trop conséquent par rapport à ce qui était demandé. J'ai alors décidé de cibler les agents de détention. Ce sont les professionnels qui sont le plus en lien avec les détenus et leur pratique présente des similitudes avec celle des intervenants socio-éducatifs. L'abondante théorisation des fonctions et missions du personnel médical et mon expérience en tant que stagiaire auprès des assistants sociaux sont des éléments venus conforter mon choix.

Je fus rassurée de constater le bon accueil général fait à ma question de recherche. J'ai fait preuve de transparence dès le début de mon stage, en précisant que l'une des raisons de mon intérêt pour les EPO était rattachée à mon travail de Bachelor. Je craignais que l'accès à un tel contexte ne s'avère compliqué et que mon sujet de recherche ne ferait qu'accentuer cette appréhension. Mais au fil des discussions, j'ai très vite compris que cette thématique, bien que délicate et complexe, interroge bon nombre de professionnels. J'ai donc été soutenue dans mes démarches et mes demandes d'entretiens ont été acceptées par la direction et les différentes personnes concernées.

5.2 Outils de recueil de données

Mon travail de Bachelor s'inscrit dans une recherche qualitative. En effet, ce ne sont pas des chiffres ou des constatations précises que je tente de démontrer mais bien des enjeux et des difficultés que je m'applique à vouloir comprendre. Ma question de recherche s'articule autour d'un « *comment ?* » bien plus que d'un « *pourquoi ?* ».

L'observation participante fait partie intégrante de ma récolte de données. J'ai été immergée durant plus de cinq mois en milieu carcéral à l'occasion de mon stage et y travaille actuellement en tant qu'intervenante socio-éducative. Je partage donc activement le quotidien des différents professionnels gravitant autour des détenus. J'ai pris l'option d'intégrer ce regard porté sur le terrain dans un chapitre précédant la problématisation de mon sujet et faisant suite au cadre théorique. En effet, c'est en associant mes lectures et ma pratique que j'ai pu identifier mes hypothèses et ma question de recherche.

Les entretiens semi-directifs représentent le deuxième outil de recueil de données auquel j'ai fait appel. Cette méthode m'a obligée à adopter une certaine discipline dans la manière de mener les échanges, en me basant sur une grille établie au préalable avec un canevas de questions. Malgré ce fil conducteur, certaines interrogations, volontairement formulées de manière à ce que mon interlocuteur conserve une large part de liberté dans ses réponses, ont engendré de longs propos. Je me suis focalisée sur le point de vue et le quotidien de huit agents de détention, répartis de la façon suivante : les deux Chefs de Maison (la Colonie et le pénitencier de Bochuz), un sous-chef de chaque bâtiment, deux chefs d'atelier et deux agents de détention. Je précise que les chefs d'atelier ont suivi la formation d'agent de détention et qu'ils sont maintenant chacun responsable d'un atelier de « réinsertion », destiné à l'accompagnement de détenus fragilisés par leur santé physique ou mentale. Tous ces échanges m'ont amené des regards et des réponses qui m'aidant à mieux comprendre la réalité et le quotidien auprès de cette partie de la population carcérale.

6. Analyse des données

La première chose qu'il me semble important de relever est la singularité de chacun des entretiens. En effet, tous les agents de détention interrogés avaient une vision de leur métier et un ressenti face au sujet abordé bien spécifiques. C'est par ailleurs ce qui a amené une richesse et de la diversité dans les réponses obtenues. De manière générale, je dirais que sur les neuf personnes interrogées, deux n'avaient que peu d'avis à partager et présentaient un esprit d'analyse relativement limité. L'un d'entre eux s'est montré particulièrement mal à l'aise durant l'entretien, ne sachant souvent pas quoi répondre à mes questions. Il m'avouera par la suite avoir été particulièrement déstabilisé par le fait d'être enregistré. Deux autres agents de détention semblaient intéressés par mon sujet et poussait leur réflexion par rapport aux différents thèmes abordés. Je sentais que c'était davantage leur expérience qui parlait, au-delà d'une réflexion plus approfondie. Les cinq dernières personnes étaient quant à elles, nettement plus alertes quant à mon travail. Informées, expérimentées, je dirais même préparées aux questions (dont elles ignoraient pourtant le contenu), les propos ont donné lieu à de longues tirades, tantôt avec une vision plus paternaliste, tantôt avec des avis plus tranchés. Trois d'entre elles ont exposé leur colère, leur ras-le-bol, leur indignation parfois même vis-à-vis de la situation actuelle. Elles n'ont pas hésité à se livrer avec beaucoup de franchise et d'analyse.

J'ai volontairement souhaité donner carte blanche aux deux Chefs de Maison quant au choix des agents participant à ma recherche. Ainsi, je me suis aperçue que la plupart des surveillants ont été ciblés de manière stratégique car il s'agissait la plupart du temps de professionnels expérimentés et intéressés par le sujet. Celui-ci touche à des aspects sensibles de la réalité carcérale et soulèvent de nombreux questionnements éthiques. Ceci peut expliquer la prudence dont certains interlocuteurs ont fait preuve dans les réponses amenées. Malgré tout, cela n'a pas empêché certains agents de bannir la langue de bois et d'exposer leurs opinions de manière affirmée. Bien que le statut des personnes interrogées ait eu une influence certaine sur la façon dont mon sujet de recherche a pu être développé, j'ai pris l'option de ne pas préciser qui était cadre ou non. La raison principale de ce choix réside dans le souci de préserver leur anonymat; les agents étant facilement identifiables dès lors que leur fonction est révélée.

Dans l'objectif de retranscrire les propos le plus fidèlement possible, le contenu des tableaux ci-dessous est entièrement paraphrasé. Ceci peut également expliquer le fait que certaines tournures de phrases ne soient pas grammaticalement correctes. Si je cite les mots exacts de l'agent, ils seront entre guillemet et en italique. S'il s'agit de mes propres observations, elles apparaîtront en vert, entre parenthèses. Cette analyse a été un travail de longue haleine. Il a fallu que je répertorie l'entier des entretiens par thèmes abordés car ces derniers ne sont pas apparus dans le même ordre, selon le déroulement des interviews. En effet, certains agents développaient énormément leurs réponses et débordaient sur de multiples sujets. Après ce premier tri, j'ai restructuré et assemblé certaines thématiques dont de nombreux éléments s'entrecroisaient. Enfin, j'ai tenté de synthétiser au maximum le contenu des tableaux. Cette dernière étape s'est avérée très compliquée car mes entretiens ont tous duré plus d'une heure et demi (dont un de deux heures trente !), ce qui a bien entendu engendré beaucoup de matière à analyser et à conserver dans mon travail. En parcourant les tableaux ci-dessous, nous prenons toute la mesure de l'ampleur des difficultés auxquelles sont confrontés les agents et surtout, de l'infinie complexité d'un tel sujet de recherche.

6.1 Le métier d'agent de détention

En guise d'introduction, j'ai débuté chacun de mes entretiens en demandant à mes interlocuteurs qu'elle était leur vision du métier d'agent de détention. Les réponses obtenues n'ont que très peu divergé :

Entretien 1 :	J'avais peu d'idées du métier avant de débiter, je l'ai choisi par curiosité. Il n'y a pas que les aspects sécuritaires , les agents de détention ne se contentent pas d'ouvrir et de fermer des portes. Les relations humaines sont au cœur de la prise en charge , surtout dans les régimes spéciaux où les détenus ont besoin de beaucoup d'informations à leur arrivée.
Entretien 2 :	La profession d'agent de détention est un mixte entre les aspects sécuritaires, les aspects sociaux et l'accompagnement . Il faut trouver l'équilibre entre l'autorité et le « <i>su-sucre</i> . » « <i>L'empathie, c'est qu'un mot que j'essaie de comprendre</i> . » Si les détenus veulent m'écouter, tant mieux, sinon je ne vais pas les forcer.
Entretien 3 :	Le métier d'agent de détention, c'est surtout le côté éducatif, regarder le bien-être des détenus, les cadrer mais aussi leur donner un maximum de choses qu'ils n'ont pas eu dans leur jeunesse et dans leur vie . Etre stricte et avoir une certaine ouverture d'esprit, comme avec nos enfants. J'ai mis mon expérience de vie, de père au profit des détenus et des gens qui ont des troubles psychiatriques. L'armée m'a ouvert l'esprit. Cette expérience m'a aidé à cadrer des gens, mais je ne me sentais pas comme un commandant. Il y a des règlements et des lois qu'on doit appliquer, mais avec une certaine souplesse. Le cadre doit être bien défini, mais souple à l'intérieur .
Entretien 4 :	La prison, c'est un autre monde . Les gens de l'extérieur ne s'en rendent pas compte. Les trois premiers mois sont vraiment difficiles parce qu'on apprend beaucoup de choses en très peu de temps, on arrive dans l'inconnu . On est confronté à des personnes qui ont commis des délits parfois très graves. On apprend notre métier par rapport aux aspects sécuritaires mais en fin de compte le détenu on ne le connaît pas, on le découvre. Ce n'est pas à nous de le juger. On ne peut pas se rendre compte de ce que signifie être enfermé dans peu de m2. On a des cours, un brevet fédéral mais on ne nous donne pas toutes les clés par rapport au travail sur le terrain. Ces gens qui sont là, sont tous différents, d'ethnies différentes, de caractères différents et surtout de passés différents. Leur enfance a souvent une répercussion par rapport à la vie qu'ils ont ici . Le travail de l'agent, c'est d'accompagner, de suivre les personnes condamnées. Il y a une date d'entrée, une date de sortie et le but est de faire en sorte que cet espace-temps se passe le mieux possible, dans le respect de l'autre et dans la politesse surtout. Le détenu n'exécute pas juste une peine, il y a tout un staff autour de lui : service social, criminologues, infirmiers, psychiatres, médecins, dentistes... Les agents travaillent en lien avec le service socio-éducatif pour les problèmes administratifs et avec le SMPP surtout, qui sont spécialisés dans les maladies. Mais on doit faire un petit peu toutes les professions avec ces gens-là et ce n'est pas évident . On ne fait pas que fermer des portes et donner à manger. Il y a tellement de problèmes dans une journée, des demandes parfois incroyables, ça va bien plus loin que le lieu même où ils sont incarcérés. L'agent représente un peu le père ,

	le frère, la famille , surtout pour ceux qui n'en ont pas. On est toutes ces casquettes à la fois. Les difficultés de réinsertion sont nombreuses ; certaines personnes ne sachant ni lire, ni écrire, d'autres ayant assisté à des massacres et participé à des guerres. Si elles ont des problèmes avec leur famille ou leurs enfants, cela se répercute automatiquement à l'intérieur de la prison, sur leur état, sur leur humeur. Le surveillant doit aussi encaisser tout cela.
Entretien 5 :	On est à la fois agent de détention, infirmier, psychiatre, grand frère, copain, ami, la personne qui sanctionne.
Entretien 6 :	J'ai choisi ce métier par curiosité. J'étais confiseur-pâtissier et je voulais faire quelque chose de plus utile et de moins luxueux que des mille-feuilles. J'ai commencé dans les régimes spéciaux, avec la mise en place de l'Unité Psychiatrique. J'ai été touché par les discussions et le fait de côtoyer des gens au plus bas seuil de ce qu'ils pouvaient être. Je pense pouvoir être utile malgré un uniforme que j'ai de la peine à supporter. Je me sentais un peu décalé par rapport à ce qu'on me demandait de faire, c'est pourquoi on m'a accordé plus de possibilités, dans le but notamment de se débarrasser de moi dans le cellulaire. C'est un peu prétentieux, mais je me sentais comme Don Quichotte. Je ne pouvais qu'essayer d'amener des choses personnelles et de former les nouveaux agents car je ne pouvais pas modifier le système lui-même. Ma fonction officielle est d'occuper des personnes qui ont des problèmes psychiatriques. Mais on s'est vite aperçu que la prise en charge était un peu plus compliquée que juste leur donner un morceau de terre ou de pâte à modeler dans les mains et leur demander de faire quelque chose. Alors du coup, on m'autorise à les prendre en charge de façon plus pointue. La fonction que je me donne pour avoir du plaisir à me lever le matin est de tout faire pour que ces gens puissent sortir le plus rapidement possible et qu'ils tiennent le coup, car j'ai la certitude que la plupart d'entre eux n'ont rien à faire ici. Le problème, c'est qu'ils sont soumis à des critères bien précis, que des organes comme la CIC ou des Offices leur donnent. Il faut tout faire pour qu'ils arrivent aux critères qui leur sont demandés. Il faut essayer de les faire évoluer et en tout cas ne pas revenir en arrière, quand on sait qu'un simple retour dans un autre secteur peut leur coûter plusieurs années de détention. Donc au lieu de me dire que tout ceci est insupportable, je m'accroche pour les faire sortir et qu'ils ne reviennent pas.
Entretien 7 :	Etre agent de détention, c'est organiser le temps des personnes condamnées sur la journée. On est constamment avec eux, on est un peu tout : infirmier, papa, maman, la personne à qui elles posent des questions, la personne de contact, une sorte de repère. On vit beaucoup de choses avec elles : promenades, sport, moments dans le cellulaire. C'est un encadrement bien diversifié. Le métier d'agent de détention, on sait qu'il existe, mais on n'a pas de support à part des émissions de télévision car c'est un milieu fermé. C'est pour cela que quand on commence, tout est nouveau.
Entretien 8 :	Ce n'est pas un métier qu'on a envie de faire, ça vient sur le tard. Chacun a quelque chose qui l'a titillé au départ et amené à cette profession : expériences personnelles, dramatiques pour certains, voyages... Un jour, on se dit: « <i>Ah ben tiens, ça risque d'être intéressant</i> » parce que c'est la meilleure des matières, on touche à l'être humain. Ce qui n'est pas facile tous les jours mais qui est d'une grande richesse quand même. C'est un des rares métiers où on ne peut pas savoir à l'avance, on n'y connaît rien, on se renseigne. On ne peut en tout cas pas se fier à la télévision sinon on est assez vite irréaliste. La première chose qui m'a surpris, c'est que peu importe le crime, le délit, ça reste monsieur et madame tout le monde, ce sont des gens que

	l'on retrouve dans la rue et ça c'est assez difficile à gérer. Ce serait beaucoup plus simple si c'était des horribles gaillards, avec un physique ingrat. Quand on réalise ça, c'est assez dur à encaisser. Après il faut réussir à gérer le délit, c'est ça le plus dur. C'est abstrait, on ne peut pas dire avant comment on va réagir (il donne l'exemple de la pédophilie). Mais c'est aussi le plus intéressant parce que c'est une bonne remise en question. Il est difficile de dire combien de temps il faut pour qu'un changement s'opère, mais changement il y a. Au début, j'étais assez idéaliste en pensant qu'on trouvait quelque chose de bon dans tout un chacun, mais quand on est maltraité au quotidien dans la façon d'être confronté à ces gens-là, ça égratigne au fil des années. On devient plus dur. Après, je pense qu'il y a deux solutions : soit on devient aigri et ce n'est pas franchement le bon moyen si on commence à prendre sur la santé et la deuxième, c'est de prendre les choses à la dérision. C'est une façon de se protéger, être capable de rire, de prendre à la légère des trucs juste incroyables, mais on a besoin de ça. Avec trois gamins, si tous les matins je viens en pensant à ce qu'ont pu faire certains pédophiles et leur mener la vie dure, ce n'est même pas la peine de continuer.
--	--

Nous pouvons nous apercevoir que la vision du métier d'agent de détention converge vers plusieurs axes similaires. Il y a tout d'abord l'arrivée dans un milieu inconnu, celui de la prison, avec une fonction qui elle aussi reste floue au début. Ensuite, il y a des notions telles que l'accompagnement, l'encadrement, le suivi des détenus qui apparaissent et mettent en exergue le fait que les aspects sécuritaires font partie d'un ensemble de bien d'autres rôles assumés par le personnel de surveillance. Par ailleurs, plusieurs d'entre eux relèvent qu'ils sont à la fois agent, infirmier, confident, repère, parent... Ce qui démontre bien la diversité de leur métier.

6.1.1 Les agents sur le terrain

Pour compléter la question précédente, j'ai demandé à chacun d'entre eux s'il existait plusieurs typologies d'agents. Cette interrogation fait notamment référence aux contacts avec les détenus. La sécurité est-elle un frein au dialogue ? La création d'un lien péjore-t-il les aspects sécuritaires ? L'accompagnement et la sécurité : ces notions sont-elles vraiment incompatibles ?

Entretien 1 :	Les agents sont totalement différents les uns des autres, notamment quand il s'agit de faire respecter des règles. Certains sont très à cheval, d'autres prendront volontiers plus de temps pour discuter, seront beaucoup plus à l'écoute. C'est aussi une question de feeling avec les détenus, notamment pour les demandes spéciales où certains d'entre eux cibleront certains agents plutôt que d'autres. À certains moments, pour certaines choses, il ne faut pas trop laisser faire. Mais pour d'autres, il faut savoir arrondir les angles, lâcher du lest, trouver le juste milieu . Si on est trop dans le relationnel, on se fait bouffer . Je me situe plus du côté relationnel, je laisse un peu de marge dans l'application des règles, cela permet d'éviter certaines situations critiques. Tout en faisant de la sécurité, on peut être à l'écoute . Je n'aurais pas imaginé qu'il y ait autant de liens qui se créent avec la plupart des détenus. Les éventuels freins sont la barrière de la langue et le fait qu'on ne peut pas plaire à tout le monde. Ce sont les agents qui sont au front, ce sont eux qui « ramassent », mais je me sens bien écouté de la part de mes supérieurs directs.
---------------	--

Entretien 2 :	<p>Le bon agent, c'est celui qui arrive à faire un mixte entre la sécurité et l'écoute. Il y a des gens qui sont trop à l'écoute ou trop dans le sécuritaire. J'essaie d'être dans le juste par rapport à mes convictions. D'autres agents sont lassés, fatigués, n'ont plus envie. Il faut les écouter, on est une équipe, on discute beaucoup entre nous. Des fois, tu te dis : « <i>c'est des topions finis, ils ont qu'à sucer leur boîte de Temesta.</i> » Moi aussi ça m'arrive d'avoir des baisses de moral. Il y a des agents, parce qu'ils ont leur uniforme, se disent : « <i>c'est moi le parton, c'est moi qui décide, eux c'est des sous-hommes parce qu'ils sont en prison.</i> » On doit les recadrer et leur dire de changer de métier si après quelques jours ils les supportent plus. Une discussion, une écoute, donner des informations, savoir où la personne va aller, de quoi il en retourne, ce qu'elle a droit ou non, ça apaise. C'est pour ça qu'en préventive il y a beaucoup plus de tensions, comme les articles qui savent quand ils arrivent mais pas quand ils ressortent.</p> <p>(Il fait référence aux articles 59 et 64 CPS)</p>
Entretien 3 :	<p>Il y a un manque d'ouverture de certaines personnes qui sont là pour garder des gens qui ont fait des bêtises et qui doivent payer leurs histoires. Ça s'arrête là, ils ne vont pas chercher plus loin, ils font du gardiennage. On ne peut pas prendre toute la misère du monde, on ne supporterait pas. Mais avec du recul, je me rends compte qu'une bonne partie des agents, surtout les jeunes, sont là pour la répression pure et dure plutôt que l'éducation. Si on veut trop faire ou faire notre travail à notre idée, correctement, tout en gardant une certaine sécurité, une certaine distance mais en étant proche, on a des remarques des anciens. Si on va chercher plus loin, on est en porte-à-faux. D'un côté on veut faire du social, faire du bien à ces gens-là, mais on doit quand même garder cet aspect sécuritaire. Je suis persuadé que les surveillants qui ont des frustrations dans la vie sont carrés sur le terrain. Ceux qui vivent seuls, qui sont divorcés et qui viennent faire ce travail, souvent ils ne sont pas bien. Ils font des sports de combats, des sports violents pour sortir cette agressivité. Ils sont rigides. Ils ne sont pas méchants ou irrespectueux, ils sont corrects, mais ils sont fades, lisses. Ils font leur travail et ne vont pas plus loin. Mais d'un autre côté, ils se protègent. Moi je charge peut-être beaucoup plus, c'est peut-être négatif pour moi de trop prendre. Ce qui me permet de tout relâcher, c'est d'être hyper bien à côté. Si on est bien à côté du travail, avec un entourage sain, cela permet de vider ces charges-là et d'encaisser plus facilement cette lourdeur. Toutes les choses positives autour de moi me permettent de transmettre du positif aux autres. Etre trop distant, ce n'est pas bon. Celui qui n'est pas bien dans sa tête, il ne peut pas faire ce travail correctement. Il va être un bon gardien, mais il ne va pas accompagner les gens. Ceux qui ont cette fibre sociale sont ceux qui ont une expérience de vie déjà. Lorsque l'agent parle du fait qu'il a des enfants, ça ne peut être qu'un bon gars. Après il a ses idées de gauche, de droite, de centre mais ça peut être qu'une personne positive (le fait d'avoir des enfants implique forcément qu'il s'agisse d'une « bonne » personne ?) plutôt qu'un gars qui est aigri, qui fait la gueule et va faire sa boxe le soir. Il faut dire aussi que le métier est sous-payé. Les jeunes de 26-27 ans qui arrivent, avaient un métier avant car il faut avoir un CFC pour faire cette profession. Donc apparemment c'était un échec puisqu'ils viennent comme agent. Il y a donc déjà une partie d'échec auquel s'ajoute le fait d'être sous-payé et on leur demande d'être souriants, gentils avec tout le monde, d'avoir une certaine compassion, une certaine flexibilité avec les détenus. C'est compliqué. Certains travaillent à côté, de nuit parfois, pour arrondir les fins de mois. L'idéal serait de faire ce métier à trente ans, avec un peu de bouteille. Mais maintenant c'est difficile de trouver</p>

	<p>du travail. Si la personne n'a pas fait d'étude, elle fait agent parce que c'est plus facile.</p> <p>En premier, c'est le sécuritaire. On est obligé parce qu'autrement on se fait avoir un jour ou l'autre. Parmi cette sécurité imposée, chacun met le cadre autour de la propre sécurité qu'il donne aux gens. Certains vont être très serrés et le détenu va tourner comme une toupie et à un moment donné il va exploser ou alors, on met une sécurité un peu plus large et ensuite on peut être avec la personne. J'apprécie discuter avec eux dans leur cellule, c'est leur petit coin à eux. En dehors, ils se perdent. Mais il faut garder l'aspect sécuritaire. J'ai baissé une seule fois la garde et je me suis fait taper dessus. Depuis là, je fais beaucoup plus attention. Au-delà de l'uniforme, tout dépend de la manière d'être avec le détenu. Il ne faut pas que le lien empêche la sécurité, on doit être vigilant sur tout, on est obligé, pour nous et pour le détenu à quelque part. Mais rendre service aux détenus par exemple, ça coûte quoi ? Il faut ce côté humain, sans se faire bouffer. Quand je fais un truc de plus que juste mon travail, ça me fait plaisir parce que j'ai fait plaisir à quelqu'un. Je ne suis pas obligé de le faire mais je me dis que j'aurais pu être à leur place, que j'ai eu la chance de ne pas être malade, d'être saint dans ma tête, de ne pas avoir de schizophrénie, de ne pas être « parano. » Les gens à l'extérieur disent : « <i>c'est facile, parce qu'il a fait ça, on dit qu'il est malade.</i> » Mais oui ! Je connais personne qui tout d'un coup égorge son voisin parce qu'il l'a regardé un peu de travers. Celui qui fait ça, il a un trouble, il a un problème. Il faut savoir écouter ces gens qui ont des soucis, entendre leur malheur, leur problème, leur tristesse et par rapport à ça, on peut comprendre que telle ou telle personne réagisse de cette manière si on a su l'écouter quand elle était mal, quand elle pleurait. Je ne peux pas soigner les personnes parce que je ne suis pas médecin, mais je peux comprendre leurs réactions ou le fait qu'un matin, elles soient trop mal pour venir travailler. On doit savoir déceler cela, c'est le travail du surveillant. Le réveil le matin permet de voir le détenu, de sentir s'il est bien ou non, de trouver des consensus. C'est une prise en charge plus près de l'homme, plus personnalisée. Dans les ateliers de rendement, il n'y a pas cette même ouverture d'esprit : ils sont là, ils sont là, ils ne sont pas là, ils ne sont pas payés. Les détenus doivent pouvoir parler et être entendus. Si on ne fait que d'ouvrir et fermer les portes, les enfermer en cellule, ils pensent que ce sont des animaux. Rien que le fait de dire bonjour en ouvrant la cellule, c'est important. Une petite touche d'humour, un peu d'attention, qu'est-ce que ça coûte ?</p>
Entretien 4 :	<p>Pour certains agents, le détenu doit être fermé, il doit y avoir des rapports, des sanctions... Pour moi, clairement, ces gens-là ne devraient pas travailler là. Ils ont choisi le faux métier. S'ils veulent se défouler, qu'ils aillent se défouler ailleurs. S'ils se prennent la tête ici, ils se prennent la tête à la maison. Après il ne faut pas s'étonner qu'il y ait des divorces car il y en a pas mal quand même. Il ne faut pas travailler là si on est contre les décisions, contre la direction, contre le système et si ça les « <i>emmerde</i> » en bon français de travailler avec certains détenus, comme les pédophiles. Ces gens-là influencent les collègues dans des discussions. C'est possible qu'il y ait de la maltraitance mais jamais devant les chefs et sous-chefs. Je n'ai jamais vu un surveillant qui était là pour frapper un détenu, ça n'existe pas. Le jour où il fait ça, il pose ses clés et il est loin. Je privilégie la médiation, les discussions, expliquer, mettre un cadre, sans forcément hausser le ton. C'est ce que les surveillants ne comprennent pas des fois, ils pensent qu'on perd du temps. Ils oublient qu'on fait ça pour eux aussi, leur confort. Si un détenu commence à créer des problèmes, c'est eux qui subissent. Il manque du personnel, la nuit notamment. Les gens qui prennent les</p>

	<p>décisions au-dessus, les politiciens, ce serait bien qu'ils viennent travailler pendant six mois ici, juste qu'ils se rendent compte. Il y a beaucoup d'arrêts maladie, souvent de longues durées et les personnes concernées ne peuvent pas être remplacées. On doit du coup faire revenir des agents qui étaient en congé alors qu'ils le méritaient, après une longue série. Même si on a bon caractère, même si on envie de bien faire, ça influence automatiquement sur sa journée de travail. On sera moins réceptif, on aura moins envie d'aider. On se fait traiter de tous les noms, il faut encaisser, ce n'est pas évident. Ça fait des années que la situation se dégrade en tôle, c'est étonnant qu'il n'y ait pas de dérapage. Souvent l'uniforme est associé aux gendarmes, aux flics dehors, ce qui fait que les agents sont plus sujets aux insultes, aux menaces et aux agressions que les autres services. C'est dur à vivre, surtout vis-à-vis de la famille. Ce n'est pas dans tous les boulots qu'on entend : <i>« je te retrouverai dehors et je te tuerai. »</i></p>
Entretien 5 :	<p>Il y a deux types d'agents de détention. D'une part, ceux qui ont de la difficulté à travailler sur du long terme avec les détenus, comme en exécution de peine, avec certaines pathologies. Leur façon de faire, très carrée, faisant preuve d'une extrême rigueur où les détenus sont là pour purger une peine et être sanctionnés, ne correspond pas à l'accompagnement et au coaching des détenus. Ces agents vont très vite postuler dans les détentions avant jugement. C'est plus facile pour eux de digérer quelques refus quand on sait que les détenus vont bientôt partir, comme en préventive, que de devoir travailler sur du long terme avec du dialogue, de la compréhension, de la discussion, des échanges. Et d'autre part, ceux qui ne supportent plus d'avoir du changement tout le temps et qui vont tendre à venir travailler dans l'exécution de la peine. Maintenant, les surveillants ont la possibilité de changer d'établissement et d'aller dans le registre dans lequel ils se sentent mieux, ce qui permet d'avoir les bons agents au bon endroit. Avant, vous étiez engagé par établissement et vous ne pouviez plus changer. Maintenant, la grande majorité des agents de détention qui travaille au pénitencier ont la même approche et la même philosophie avec des degrés de tolérance différents, mais ça c'est propre à chacun et en lien avec la fatigue du jour et la labilité émotionnelle et sentimentale qu'on peut avoir. Mais on a vraiment des gens qui en veulent et qui comprennent la pathologie et les différences sans quoi ils postulent ailleurs, ils ne pourraient pas tenir. Certains agents en arrêt n'ont jamais pu s'adapter à cette nouvelle population qui déroge de celle de l'époque. Ils ont démissionné et quitté complètement le milieu carcéral. C'est dur de s'adapter, mais on a toujours le choix de son job.</p> <p>Etre agent, c'est un doux équilibre, un juste mélange qui permet d'allier le lien à la sécurité. Le lien peut augmenter la sécurité, trop de lien peut tuer la sécurité, trop de sécurité tue le lien et le juste milieu de sécurité augmente peut-être aussi le potentiel lien. Au pénitencier de Bochuz, trois personnes, dont moi, ne portent pas de ceinture de charge par conviction. Je me suis toujours battu contre son port parce qu'elle donne une image trop sécuritaire de l'agent de détention et cela coupe et tue le lien. Très souvent, certains détenus ne parleront pas parce qu'ils voient, avec une ceinture de charge, des menottes, du spray au poivre, des armes, des accessoires et se disent : <i>« mais qui il est lui pour venir me parler, me dire que mon papa est décédé et il est prêt à me bondir dessus avec une paire de menottes. »</i> Par contre, j'ai besoin d'avoir une radio à la ceinture car je me sens en sécurité parce que je peux alarmer. Si je n'en ai pas et qu'il se passe quelque chose, ça va m'empêcher d'aller au lien,</p>

	<p>d'aller dans la cellule du détenu pour discuter. Une radio me rassure, me permet d'aller au lien, une ceinture de charge freine le détenu à venir au lien et le rendra peut-être plus agressif envers moi. À chaque fois qu'on a ajouté une caméra, une barrière, des gardes armés, une sécurité supplémentaire, il a fallu un temps où on donne une ouverture supplémentaire aux détenus. C'est l'effet cocotte-minute. Plus vous sécurisez à outrance et plus il faut avoir cette soupape qui vous permette de décompresser, d'ouvrir à l'intérieur. À contrario, si vous ouvrez un établissement comme la Colonie où s'est très ouvert à l'extérieur, vous pouvez vous permettre d'être beaucoup plus contenant. La main de fer dans le gant de velours. C'est aussi rassurant un cadre très fermé, très sécurisé pour les détenus, surtout pour les malades. Un schizophrène ça par tout azimute. Avec un cadre, il sait : <i>« ça j'ai le droit, ça je n'ai pas le droit »</i>, c'est rassurant.</p>
Entretien 6 :	<p>Les agents devraient s'intéresser à la prise en charge des détenus ayant des maladies psy, ça devrait être un argument d'engagement, avec le côté sécuritaire. Pendant pas mal d'années, il y avait vraiment les bons critères d'engagement. Maintenant, il y a une nouvelle direction, il manque du personnel et ça recommence à être n'importe quoi. Les moments d'écoute et de dialogue se situent entre le catastrophique et le néant. C'est encore pire qu'avant où c'était encore des agents qui avaient, à quelque part, une envie d'éduquer. Ils étaient durs car ils faisaient partie d'un système qui était dur. Là on va droit dans le mur avec les nouvelles personnes qui <i>« débarquent »</i>. Maintenant le système se veut axer sur une prise en charge personnalisée, c'est comme ça qu'on le présente au grand public et aux politiciens. Il y a des Plans d'Exécution de la Sanction pour essayer d'avancer avec la personne, de la resocialisation, du travail et des formations. C'est l'image qu'on veut montrer, mais le personnel qui est engagé n'a rien à voir avec tout ça. C'est là la différence avec l'époque. Il y a une contradiction. On engage des personnes qui n'ont aucune idée de ce qu'est la prison ! Et avec cette espèce de « parano » où il faut absolument tout sécuriser, on va engager des gens qui ont un parcours chez <i>« Sécuritas »</i> ou qui sont ceinture noire de je ne sais pas quoi ; c'est ça des arguments d'engagement ? Après chaque agent a un caractère différent. On leur fait des grosses théories mais concrètement ce qu'on leur demande de faire ici ça leur met plutôt les bâtons dans les roues. On leur fait comprendre que ce n'est pas leur fonction. Heureusement, il y a quand même une minorité de « fachos » et la majorité des gens ont une sensibilité qui fait qu'ils peuvent avoir de l'empathie et faire un travail de prise en charge. C'est moins le cas en ce qui concerne la plus vieille génération, qui est vraiment à la dure, qui a même connu les sévices corporels, les choses vraiment rudes. Je pense que la meilleure génération est arrivée il y a une quinzaine d'années. J'ai eu la chance de <i>« débarquer »</i> avec une équipe qui avait une autre façon de voir les choses. Maintenant ces gens sont tous plus ou moins éparpillés dans les ateliers. <i>« Si j'étais arrivé dans une situation comme aujourd'hui, au bout de trois mois je me serais cassé. »</i></p>
Entretien 7 :	<p>Il n'y a pas que la sécurité. Ces dernières années on individualise la peine avec tous les Plans d'Exécution de Peine. C'est plus comme avant où on gérait ça comme un groupe. Il y a différentes nationalités, croyances, des gens qui sont malades <i>« psys »</i>, des gens qui ont d'autres soucis. On fait des rapports quand ça se passe mal avec quelqu'un même s'il a un problème psy et on voit bien que la punition est analysée. On est un peu la balle de tennis, la base, le premier qui ouvre la porte. On remonte les informations. On s'entend des fois mieux avec certains détenus, comme dans la vie de tous les jours alors s'il y a des problèmes,</p>

	le détenu dit : « <i>je veux causer avec lui pas avec vous</i> » et on tache de se dire : pourquoi pas ? Au lieu d'envenimer les choses.
Entretien 8 :	<p>Il y a quand même plus de personnes qui sont venues rechercher le lien. Le gars qui postule pour travailler en haute sécurité il n'a pas la même approche, les mêmes envies que quelqu'un qui va en préventive. Le travail n'est pas le même, le temps qu'on va passer avec les détenus et le lien qui se construit n'est pas le même non plus. Il faut un bon mélange entre la sécurité et le lien mais la ligne elle est fine. Il faut être plus souple à des moments, plus durs à d'autres et revenir des fois en arrière. Avec des moyens, ce serait possible de partager plus de moments, des repas, jouer aux cartes mais au niveau du personnel, c'est juste impossible. Il faudrait que cela soit une volonté politique aussi, c'est ça le souci. Mais dans ce système, ce n'est en tout cas pas le cas. Là, il n'y a plus le temps de rien. Il y a dix ans, il y avait moins de détenus, on pouvait discuter des heures le soir, maintenant ce n'est même pas imaginable. Les échanges, c'est une question de minutes. On va au plus pressé. Avant, c'était un bon côté la relation, toujours avec la juste distance, des êtres humains avec des agents. Ils étaient jugés, on n'avait pas à les rejurer. Ce n'est pas si vieux, c'était plaisant. Et pourtant, prendre le temps c'est la base pour désamorcer les tensions. Qu'on soit détenu ou non, le respect, expliquer les choses c'est très important et ça eut été un souvenir (nostalgie). Les aspects relationnels malheureusement c'est néant, ça n'existe plus ! On n'a pas de personnel ! C'est simplement de la résolution de problèmes. Alors que dans ce métier, on n'est plus des matons pour hurler sur des gens, ça c'était au siècle passé. Maintenant on vient dans la profession pour l'attrait de l'être humain. Si on y vient, c'est que l'être humain nous intéresse, qu'on a envie de comprendre et de faire avec, aussi compliqué que ça soit. Enfin je crois, j'espère.</p>

Pour cette question, les réponses sont davantage disparates. Plusieurs agents s'accordent à dire qu'il faut trouver un bon équilibre entre les aspects sécuritaires et les aspects relationnels. La création d'un lien avec les détenus, les temps d'écoute et d'échange semblent être des éléments importants et permettre de désamorcer certaines tensions. Cependant, certains surveillants insistent sur le fait que ces moments se font de plus en plus rares, voire même, sont inexistantes à l'heure actuelle. Cela s'explique en partie par le fait que les agents sont en sous-effectifs et qu'ils doivent parallèlement former des nouveaux stagiaires. Ces derniers n'étant pas encore aguerris, il devient alors difficile de pouvoir répondre aux multiples demandes des détenus et de partager avec eux des moments autres que ceux relevant d'une urgence. Plusieurs agents insistent sur le fait que le dialogue, la médiation, les discussions permettent de désamorcer certaines tensions et de limiter les conflits. Cependant par manque de temps mais aussi par loyauté envers les récentes lignes politiques émises, les agents de détention ne peuvent plus se permettre de faire perdurer cette volonté de privilégier les aspects relationnels et sociaux.

6.2 Connaissances et intérêts

Au cours de leur cursus, les agents de détention suivent une formation de sept semaines qui est maintenant obligatoire. Cette dernière est axée sur la maladie psychique et vient compléter la formation de base. Elle comprend entre deux et quatre semaines de stage dans une structure accueillant des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique, telle que l'hôpital de Cery à Prilly ou le Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois à

Yverdon-Les-Bains. Est-ce que cela permet aux agents d'être suffisamment outillés sur le terrain pour faire face à la réalité des détenus concernés par ce type de pathologie ?

Entretien 1 :	<p>Je pense avoir les connaissances suffisantes. Les années d'expérience et le terrain amènent beaucoup, plus que les cours. Bien que certaines situations m'interpellent, il n'y a plus grand-chose qui me surprenne maintenant. J'ai suivi la formation et j'estime que ça m'a amené des plus, notamment des situations vécues au travail et expliquées dans les cours et vice et versa. Il y a des agents plus intéressés par la thématique que d'autres, notamment ceux qui s'inscrivent à la formation (qui est maintenant obligatoire).</p>
Entretien 2 :	<p>La maladie psychique c'est tout ce qui touche au mental, maladies mentales, schizophrénie, paranoïa. Au début ça me questionnait, j'ai voulu apprendre. Maintenant, j'ai fini mes cours donc j'ai mes réponses. Certains détenus se cachent derrière leur maladie. Ils l'utilisent pour amplifier le fait qu'ils ont besoin de nous. Cela engendre une certaine lassitude (avait utilisé le terme « lassement ») chez certains agents mais on n'oublie pas que ce sont des personnes malades. Les cours étaient... Intéressants. Le docteur en psychiatrie nous a dit : vous êtes les yeux du service médical, vous ne devez pas traiter la maladie mais voir s'il y a des signes, des symptômes et les expliquer au service médical. Par exemple, le trouble bipolaire. Il y a « <i>une phase déprime et une phase mani</i> », je n'arrive pas très bien à expliquer mais il y a des symptômes qu'on peut relever au médical et eux font le nécessaire. C'est surtout un passage d'informations. On apprend sur le terrain notamment par les collègues qui ont plus de bouteille. J'ai eu des peurs, des doutes, j'ai passé par tous les états d'âme qu'on peut avoir par rapport à ces personnes. Il faut y faire face et on peut en parler aux cadres. Pendant la formation, on avait des heures de supervision où on pouvait se décharger. On n'engage pas n'importe qui aussi. Je ne veux pas dire qu'on est la crème de la crème. Moi, par exemple, j'ai dû travailler sur certaines choses.</p>
Entretien 3 :	<p>Je pense avoir les connaissances suffisantes, car j'ai un certain âge et une certaine expérience de vie qui combinent ce que je n'ai pas eu au niveau scolaire. À vingt ans, j'aurais été trop jeune et les jeunes cadres, s'ils n'ont pas des bases soit au niveau de l'école, soit au niveau de la vie, ce n'est pas bon, ce n'est pas positif. Le feeling ne suffit pas. Les bases pendant la formation d'agent, c'est une toute petite couche d'informations, de techniques, pour savoir comment agissent les médicaments et les réactions qu'il peut y avoir. Ensuite, on peut faire la demande pour suivre la formation pour dégrossir la base qu'on a eue. Les lectures sont plus intéressantes. J'ai vraiment pu me rendre compte de certaines pathologies à travers le stage. On n'est pas des médecins ou des psychiatres pour autant mais ça aide beaucoup.</p>
Entretien 4 :	<p>Dans le brevet fédéral d'agent de détention, il y a des cours de psychiatrie, de psychologie. Après on peut faire un stage en milieu psychiatrique ou dans un hôpital. Si un agent est carré et que pour lui un pédophile est un pédophile, qu'il est en prison parce qu'il le mérite et qu'il ne voit pas plus loin que le bout de son nez, ça ne sert à rien qu'il aille faire des semaines dans un hôpital psychiatrique ou suivre des cours. Ça va lui apporter quoi ? Rien du tout, car sa pensée il ne va pas la changer. Pour certains surveillants ça n'a aucune influence, aucune répercussion sur leur travail parce qu'ils sont déjà</p>

	<p>formatés différemment et ça ne sert à rien, c'est peine perdue. Ils vont faire les cours comme ça ils ne sont pas au travail, ça leur fait un peu des vacances et ils sont payés pour ça de toute façon. Mais ce n'est pas la majorité des personnes, la plupart des surveillants font en sorte de faire au mieux et on envie de progresser dans leur travail, parce qu'il y a beaucoup de choses à faire dans un milieu pénitentiaire. Ils veulent comprendre un peu mieux la psychiatrie, mais dans un hôpital la prise en charge est différente. Durant les colloques, les agents donnent leur avis, on ne les considère pas comme des étrangers, des simples tournes-clés, il y a une collaboration, c'est ce qu'il manque ici. Maintenant est-ce que ces cours sont utiles pour ici ? Sûrement... (<i>il n'a pas l'air convaincu</i>). On s'investit dans ces cours, on collabore, on essaie de comprendre, on tire à la même corde, mains liées et quand on arrive sur le terrain, c'est « <i>fla</i> » ! Il faut ouvrir et fermer tel et tel, l'amener à la promenade et la porte est fermée durant les colloques. C'est un problème qui est soulevé depuis des années.</p>
Entretien 5 :	<p>Il y a un manque général de connaissance de la société par rapport à certaines pathologies. J'ai beaucoup évolué et grandi quand j'ai fait cette formation. Je ne peux pas dire que je comprends car même les médecins-psychiatres disent qu'il y a quatre ou cinq critères différents chez une personne qui a la même maladie qu'une autre, parce que c'est aussi un contexte personnel et culturel, il y a beaucoup d'autres facteurs. Ces sept semaines m'ont permis d'appréhender la maladie psychiatrique sous un autre œil que celui de la société qui a tendance à dire : je ne connais pas, il déroge à la vie ordinaire, il est dangereux. Par exemple, lors d'un delirium tremens, la personne qui voit des fourmis, des araignées, ça ne sert à rien de lui dire : « <i>mais arrêtez vos conneries</i> ». Vous pouvez l'aider en simulant le fait que vous balayez ces araignées pour les sortir de sa cellule. Vous commencez à réfléchir autrement par rapport à ces moments de déviance du normal. Mais cette formation ce n'est rien par rapport aux graves troubles que ces gens ont. L'accès aux informations permet de moins stigmatiser le fait que la personne est différente de nous ; chose que la société n'a pas et ne prend pas le temps de comprendre. Par exemple, pourquoi elles font des choses qui sont complètement folles, qu'on estime nous, complètement folles. Il n'y a pas le recul nécessaire. Mais c'est très compliqué, on est un peu démuni. Le plus difficile est d'anticiper les réactions que certaines maladies psychiatriques pourraient développer chez le détenu. Un schizophrène paranoïde, bien médiqué, peut être une personne vraiment avenante, qui bosse bien. Il arrête la médication, ne se considère pas comme malade : jusqu'à quand et jusqu'où, il va pouvoir résister avant de passer à l'acte? (<i>la décompensation semble être assimilée à un passage à l'acte certain</i>). On a toujours l'impression d'être un peu sur des mines. Il faut marcher doucement jusqu'à ce que « <i>ça nous pète à la gueule</i> », c'est un sentiment d'insécurité permanent. Alors qu'avant on ne vivait jamais ça, parce que la relation elle était claire, on avait une distance, un respect. Maintenant, il y a beaucoup de moments d'incertitude où on a l'impression de perdre complètement nos moyens. Quand un détenu est complètement à l'ouest ou hors propos, vous ne savez pas comment le rattraper sans risquer d'augmenter encore sa parano. Ce sont des longs moments de solitude. Notre profession est très difficile maintenant, on n'est pas dans une sérénité totale dans notre travail, dans notre quotidien, parce qu'on ne sait pas de quoi la minute suivante sera faite. C'est ça qui est difficile : l'imprévisibilité de la personne et la pathologie. Une médication ne nettoie pas tout, elle peut être bien supportée pendant vingt ans puis tout d'un coup perdre son effet, ne plus être en corrélation avec la pathologie qui aura muté, changé, se</p>

	sera développée.
Entretien 6 :	J'ai sauté sur l'occasion de pouvoir créer un atelier, comme je le souhaitais. J'avais carte blanche, il y avait vraiment de quoi faire en étant toute la journée avec ces personnes. Après, il y a des choses qui ont évolué, j'ai dû batailler pour avoir de nouvelles possibilités, je le fais toujours d'ailleurs. Il y a des retours en arrière, ça dépend de la direction. C'est un outil qui est utile mais qui ne devrait pas être nécessaire, qui ne devrait pas exister vu que ces personnes ne devraient pas être là. Mais j'avais besoin de m'investir plus et je suis arrivé à des résultats.
Entretien 7 :	Quand j'ai commencé, on avait deux personnes qui avaient des soucis comme ça, c'était nouveau, c'était une minorité. Maintenant il y en a plus et on a du faire des cours. C'est beaucoup de prise en charge. La première fois que quelqu'un m'a dit : « <i>j'entends des voix</i> », on ne peut pas se moquer de la personne alors on attend qu'elle nous explique ce qu'elle ressent. Je n'avais encore jamais entendu ça, j'étais surpris et sans théorie, c'est difficile à comprendre. On n'est pas infirmier, ni psychologue, ni psychiatre. Alors heureusement qu'ils ont mis cette formation sur pied, même si ce n'est pas en sortant de sept semaines de cours que... On n'est rien au final, car les études de médecine prennent du temps. Mais au moins on a la base et on peut faire un peu la part des choses. Ça m'a permis d'obtenir des réponses à des situations qui me questionnaient et il y a un stage pratique dans un service psychiatrique surtout, pas que la théorie. Durant ce stage, on est vraiment encadré par des professionnels, on peut suivre les entretiens, on ne nous met jamais de côté ou à l'écart. Ils demandent toujours au patient si on peut rester, on est intégré dans les bons et les mauvais moments, c'est vraiment une expérience personnelle enrichissante, on a plus de recul, on peut mieux comprendre. Après ça nous permet ici d'un peu temporiser avec nos pensionnaires. Parce qu'avant, quand il y avait plusieurs cas qui arrivaient, on était un peu emprunté. Pour répondre aux autres détenus aussi, quand ils nous demandaient pourquoi les « <i>cas pys</i> » sont ouverts et ne vont pas bosser. On ne savait pas trop quoi répondre. Alors quand il y a eu l'opportunité de faire ces cours, je me suis dit que ça serait bon de pouvoir les suivre et de mieux ressentir les choses. Vu le changement de population qu'on a, c'était bien et c'était une continuité de la formation d'agent.
Entretien 8 :	La maladie psychique est quelque chose de plus en plus connue. Quand on arrive, on apprend sur le tas, avec le quotidien. C'est la réalité du terrain qui fait qu'on prend assez vite conscience que suivre des cours ce serait intéressant. Personnellement c'est venu assez vite que c'était plus que nécessaire et ce fut pour moi d'une grande richesse. Honnêtement les trois semaines de pratique à Yverdon, ça remet pas mal les pieds sur terre. J'ai appris énormément avec les cours psy. Ça fait comprendre beaucoup de choses, c'est super intéressant. On a une meilleure compréhension par rapport à ce qu'est la maladie, à comment les gens décompensent, à comment on voudrait dans un monde magique, avoir la bonne prise en charge avec eux. Après, ça reste un pur bagage personnel, parce que la mise en pratique, c'est le néant. Dans la réalité, ce n'est pas facile. On sait que ce sont des gens malades, qu'ils sont à part, à part entière en fait et qu'on ne peut pas faire la même chose avec un cas psy ou avec un détenu normal. Une fois qu'on en est conscient, ça ne devient pas plus facile mais on sait que c'est compliqué et qu'on doit user de choses différentes. C'est tellement flou qu'on apprend. Par exemple, une personne qui hurle la nuit pendant deux semaines, même si sur place il y a deux agents qui ont fait les cours psy, on ne peut juste plus rien pour elle.

	On attend que ça passe et ça mobilise beaucoup d'énergie aux surveillants. On a beau avoir tous les cours du monde, toutes les bonnes intentions, la pratique elle est là au quotidien et il n'y a pas beaucoup de cours de pratique. Quand le cours n'était pas encore obligatoire, certains choisissaient de ne pas le faire parce que ça ne les intéressait pas du tout et ils n'avaient pas envie de s'impliquer plus que ça, chacun est libre. Mais il y a plus de gens qui veulent s'investir, qui prennent du temps, et heureusement ! Les autres sont une minorité. Parce qu'en plus avec des personnes qui sont aussi difficiles que ça à prendre en charge, quand en face d'eux ils ont quelqu'un d'absolument obtus, qui ne veut même pas entrer en matière, ce n'est pas possible que ça fonctionne. Des fois il suffit que la personne croise un ou deux agents avec qui elle ne s'entend pas du tout, si l'agent ne fait pas du tout d'effort, sur trois phrases, il arrive à le faire partir en vrille! Après il faut rediscuter des heures, ça prend plusieurs jours pour que le détenu se calme, qu'il veuille bien entendre.
--	---

Certains agents pensent avoir les connaissances suffisantes pour accompagner de manière adéquate les détenus fragilisés par une maladie psychique. Les cours dispensés dans le cadre de leur formation semblent amener quelques réponses et une meilleure compréhension de ce qu'implique une pathologie psychiatrique. Une partie d'entre eux s'accordent néanmoins à dire que malgré cet apport, certes intéressant et enrichissant, le travail sur le terrain met en évidence bien des difficultés et cette formation à elle seule ne permet pas d'obtenir les moyens suffisants pour y faire face. Par rapport à des détenus décompensés ou se trouvant dans des situations de crise aiguë, c'est un sentiment d'impuissance qui prédomine. Seule une minorité d'agents semble ne pas s'intéresser aux problématiques liées à la prise en charge des personnes souffrant d'une maladie psychique. L'imprévisibilité des symptômes et des réactions que peut avoir le patient-détenu apparaît également comme l'un des aspects les plus compliqué à gérer au quotidien.

6.3 La maladie psychique au quotidien

Il s'agit ici de la partie centrale de ma question de recherche : la maladie psychique vécue au quotidien. Quelles sont les difficultés qui en découlent ? Quelle vision les agents ont-ils d'un détenu souffrant d'une psychopathologie ? La relation avec ces détenus particuliers se construit-elle différemment ?

Entretien 1 :	J'apprécie les relations avec les détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique, même s'il y a beaucoup de difficultés. Il faut faire preuve de plus de patience, être plus à l'écoute. Cela ne me pèse pas dans mon quotidien, peut-être avec les années mais ça fait partie du travail. Face à une personne qui décompense, on peut difficilement déléguer et on est souvent obligé d'agir soi-même, ce qui n'est pas toujours évident. On ne peut pas vraiment être à l'aise avec ce genre de situation. Il faut agir comme on peut, comme on le sent. Je pense que les agents possèdent les outils nécessaires pour écouter ces détenus, mais ils n'ont pas forcément le temps de le faire. Je n'ai pas l'impression d'être différent avec des détenus souffrant de pathologie psychiatrique ou non. Je sais me comporter la même chose, je suis à l'écoute, pareil. Le détenu qui a des troubles aura peut-être
---------------	---

	<p>plus de demandes, il ira peut-être plus facilement vers les agents, mais le comportement de ce dernier restera le même. L'enfermement a des effets néfastes, déjà rien que sur une personne « normale » alors sur quelqu'un qui a des troubles, ça ne va pas aider. Mais je n'ai pas l'impression qu'il y ait plus d'appels et d'angoisses la nuit que la journée. On distribue des réserves la nuit si besoin mais certaines semaines sont très calmes et d'autres périodes moins.</p>
Entretien 2 :	<p>Quand je suis arrivé en prison, je voyais surtout la partie sécuritaire, mais aussi la partie écoute, discussions avec la personne incarcérée, lui inculquer des valeurs aussi. Mais je ne pensais pas avoir affaire à des cas aussi lourds et devoir presque jouer à leur maman, à leur papa pour régler leurs petits soucis ou pour les faire juste avancer. Ce qui se passe à l'Unité Psychiatrique parfois ça nous dépasse, on ne pensait vraiment pas à ça. Et ce n'est pas prêt de se calmer car j'ai l'impression qu'il y a de plus en plus de gens malades et à chaque fois qu'une personne part, il y en a une qui revient et qui est encore plus malade que celle qu'on vient de lancer (il se rattrape en disant « sortir »). C'est peut-être faux mais c'est ce que je ressens parfois. Mais il y a quand même des gens qui viennent juste pour quelques jours, juste pour se stabiliser. On a une ligne directrice mais on ne peut pas travailler de la même façon pour tout. Pour une personne atteinte d'une maladie mentale, il faudra peut-être faire plus, avoir plus patience, répéter, expliquer le pourquoi du comment plusieurs fois parce qu'il ne voudra pas comprendre. (Il utilise le verbe vouloir : sous-entend-t-il un manque évident de volonté ? Il semble donner des explications pouvant s'apparenter à des personnes souffrant d'un retard mental). Une personne sainte d'esprit (opposition à maladie mentale), on va juste la motiver. Après je peux comprendre qu'elle ne veut pas toujours faire son ménage par exemple, comme moi, je n'ai pas tout le temps envie de le faire. On se doit donc d'être différent entre une personne qui est atteinte d'une maladie mentale, qui a un article, et une personne normale (la normalité est ici utilisée en opposition à la maladie). Je ne comprends pas qu'on laisse les gens faire comme ils veulent. Malades ou pas malades, prison ou pas prison, il y a besoin d'un cadre. Et une personne malade peut guérir. On met les murs, un règlement, un cadre, on les pousse à aller de l'avant. Sinon ce n'est pas leur inculquer ce qui est juste, je n'ai pas été éduqué comme ça, on ne peut pas tout leur donner (comparaison à son propre système de valeur et vision subjective de ce qui est juste). Un cadre, c'est une journée rythmée par des horaires à respecter.</p>
Entretien 3 :	<p>Il faut s'adapter. Beaucoup de gens ont des maladies psys, il faut déceler si ce sont des choses graves et lourdes à supporter, comme une schizophrénie, des troubles paranoïaques ou si c'est une dépression car tous ont passé par le stade de la dépression. Les maladies psychiques entraînent énormément de souffrance. La plupart des détenus, malades ou non, ont un parcours de vie chaotique et il y a énormément de problèmes de drogues, surtout chez les jeunes. Rares sont ceux qui ont eu un chemin idéal avec une vie saine et un entourage familial parfait. Les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques et qui se retrouvent en prison ont souvent mal été entourées, voire pas entourées du tout. Elles n'ont peut-être pas été entendues quand elles en avaient besoin. Et il y aura de plus en plus de cas car combien d'enfants rentrent de l'école et il n'y a personne à la maison ? Les parents sont au travail, quand ils rentrent ils sont fatigués alors il ne faut pas trop les déranger et ils s'engueulent. C'est ça la vie ? Ne plus avoir de gâteaux faits par maman, mais achetés à la « Migros » ? On n'a pas tous reçu la même hotte pleine de bonnes choses. J'espère pouvoir donner à mes petits-enfants ce que j'ai eu, qu'ils fassent des bêtises mais qu'ils</p>

	sachent qu'on est là pour les aider. On doit sentir qu'on a des béquilles, des poignées, quelque chose pour se retenir, soit par la famille, soit par d'autres personnes. (Discours paternaliste avec une grande importance accordée à une éducation telle qu'il l'a reçue).
Entretien 4 :	Les détenus qui ont un article, c'est délicat. Ils représentent un grand pourcentage et sont dans tous les secteurs et pas uniquement en secteur psychiatrique, donc on doit les côtoyer . Certaines journées ou semaines sont très difficiles parce que les personnes sont en décompensation ou tout d'un coup sont violentes et les agents ne sont pas des psychiatres ou des infirmiers. La personne qui décompense, elle n'est pas du tout dans la réalité. On est totalement impuissant face à ça. Elle peut être très polie, c'est un agneau, elle ne pose pas de problème pendant six mois, puis elle ne prend plus ses médicaments et là vous comprenez pourquoi elle est en prison, si elle était comme ça quand elle a fait son délit. C'est une leçon de vie pour nous, on ne voit pas ça à l'extérieur. Tout ce qu'on peut faire, c'est garder la porte fermée, s'il y a un risque de violence, si on entend tout gicler dans la cellule et on fait intervenir le DARD ¹¹ en général. C'est mieux que le BIPEN car ce sont des surveillants à l'interne qui s'équipent et le détenu risque de les reconnaître, ce qui n'est pas évident pour le travail le lendemain. Ces situations sont l'extrême de la psychiatrie. On n'est pas des « blouses blanches », on côtoie la personne, on connaît son mode de vie, on donne notre avis, on dit ce qu'on ressent alors que les psychiatres ont peut-être des critères clairs et précis, ils ont fait des études. Mais des fois, on a presque l'impression qu'on a plus raison qu'eux. On aimerait apprendre aussi, savoir pourquoi ça arrive, qu'est-ce qu'on va faire, on aimerait savoir quel médicament aura quelles conséquences et connaître les effets secondaires aussi, les désagréments. Mais voilà, il y a le frein et c'est dommage.
Entretien 5 :	J'ai commencé comme veilleur, il y a plus de vingt ans. On n'était pas du tout dans le registre qu'on a actuellement. Avant les années 90, on n'avait pas de détenus souffrant typiquement ou directement d'une pathologie psy telle qu'une schizophrénie ou une bipolarité. Le borderline on l'a toujours eu, une personne qui est dans les limites du fonctionnement, mais on avait plutôt une criminalité clairement en lien avec le contexte carcéral. Les malades étaient dans des milieux de soins fermés. S'ils avaient commis un acte de violence, un non-lieu était prononcé. Tandis que maintenant, les gens qui sont arrivés en détention depuis les années 2000 viennent beaucoup des secteurs sécurisés médicaux tels qu'à Cery, où on avait une antenne qui était fermée, sécurisée où les schizophrènes dangereux ne sortaient pas et n'étaient pas en lien direct avec la société. À un moment donné, on a voulu éviter tout ce qu'on a connu avec Ceausescu, avec ces fameux ghettos où on enfermait les gens qui sortaient un peu de l'ordinaire. On a voulu se donner une bonne conscience et dire qu'on ne voulait plus de quartiers fermés, que ces gens devaient être au milieu de la société. Et puis, on a voulu être un petit peu plus en sécurité et on a trouvé une alternative au fait que les malades pys graves et dangereux se retrouvaient au milieu de la société en faisant des mesures d'internement. Et ce sont ces fameuses mesures qui font que maintenant, on a des graves troubles pys dans un milieu non pas de soin mais un milieu carcéral et ça c'est ce qui a de plus difficile, je trouve, dans l'évolution carcérale. On a créé notre propre démon, généré encore plus de violence chez l'être humain en enfermant des gens sans durée dans le temps ;

¹¹ Détachement d'Action Rapide et de Dissuasion

	<p>59, 64. Tout se répète, tout est cyclique : la société demande une sécurité à outrance, que l'on soit plus catégorique, puis un évènement comme le décès de M. Vogt se produit et on va montrer du doigt le monde pénitentiaire, parce qu'il est trop dur, trop rigide. Puis un nouvel évènement comme celui d'Adeline inverse la tendance une nouvelle fois.</p> <p>Le détenu-patient qui souffre d'un trouble psy ne peut pas dire : « <i>je suis gentil avec le social, ça peut m'apporter quelque chose et le surveillant c'est le méchant, c'est lui qui me ferme donc je vais me comporter autrement avec lui.</i> » La maladie fait qu'il ne peut pas avoir cette notion-là. Par contre le détenu qui a une Peine Privative de Liberté (et qui forcément, n'a pas de troubles psychiatriques ?) va saluer les bons soins des assistantes sociales pour pouvoir obtenir des choses et il va avoir un très bon contact avec son infirmier parce qu'il pourra peut-être avoir un petit coup de Tramal supplémentaire pour pouvoir alléger sa souffrance. C'est certain que le détenu bien réfléchi, qui a ce potentiel-là, il gardera toujours cette notion de triangulation. Il se met bien avec les personnes avec qui il peut obtenir des choses. (Tous les détenus qui n'ont pas de maladies psychiques sont donc nécessairement des manipulateurs ?). Mais le schizophrène, le malade profond, il peut péter un plomb, agresser une assistante sociale, comme il pourra remercier, serrer la main, offrir un café, à un agent de détention. Le malade, c'est sa maladie, qui le fait parler.</p>
Entretien 6 :	<p>Les personnes qui ont des troubles, si elles sont en confiance avec les intervenants, c'est des meilleures sécurités. Il ne faut pas que ce soit copain-copain, il y a des choses à respecter pour pas qu'ils ne débordent ou profitent d'une situation mais l'aspect confiance, c'est le meilleur moyen pour sécuriser des situations. Néanmoins, face à une personne qui décompense, c'est compliqué de savoir comment réagir. Je fais ce que je peux et je m'arrête là (il rit), non je ne sais pas quoi répondre. Il faut essayer de leur tenir un peu compagnie, de les remonter un peu, je ne peux pas faire plus de toute façon. Avec la gestion de toutes ces contraintes à un moment donné ils craquent. Je vais recommencer à zéro, toujours avec la même attention. Je ne peux rien dénoncer. Pour tenir le coup dans ce métier, il ne faut pas vouloir faire plus que ce qu'on peut faire, il faut bien connaître ses limites, les accepter, quitte à dire ça, ça m'appartient pas, c'est pour quelqu'un d'autre. Si on n'a pas ces facultés-là - que je n'ai pas à chaque fois, je ne les tiens pas toujours ces bonnes paroles (il rit) – on risque d'avoir soi-même des problèmes psys. Ce n'est pas une carapace, c'est juste ne pas vouloir faire plus que ce dont on est capable de faire, pour se préserver et c'est ça qui permet de faire du bon boulot (il rit). Mais c'est facile à dire, j'ai de la peine des fois. Je ne construis pas l'édifice, je suis juste une pierre dedans et je tiens à mon rôle de pierre.</p>
Entretien 7 :	<p>Certains détenus ont quand même des graves problèmes qui ne se voient pas forcément, sauf dans des situations particulières, comme lors d'un déménagement de cellule par exemple. Depuis le moment de l'annonce de ce changement, la personne en question m'a suivi toute la journée pour me questionner parce qu'avec sa pathologie, si on change le cadre, elle est perdue. Elle avait perdu tous ses repères, c'était la fin du monde, je ne l'avais jamais vue comme ça. Pour moi ça a été dur, elle s'est repliée sur elle-même, c'est son chef d'atelier qui la côtoie tous les jours qui a essayé de lui expliquer. Habituellement, c'est quelqu'un qui va tous les jours au travail, pour qui on n'a pas de souci au cellulaire, qui est calme, qui pose des questions adéquates. J'avais été surpris de ce changement de personnalité. Donc des fois on sait que la personne a une pathologie mais</p>

	<p>tant qu'il n'y a pas un événement, un déclencheur comme un déménagement, c'est imprévisible. On essaie de prendre le temps, d'expliquer, c'est par à-coup. On part faire autre chose, on revient, on réexplique, on perd de nouveau une vingtaine de minutes, mais ma fois c'est notre boulot aussi. On est avec des êtres humains, ce ne sont pas des machines non plus, on s'adapte. Un jour ça va, le lendemain ça va mieux et on arrive à rattraper comme ça. On est quand même obligé d'être différent, de faire preuve de plus de patience avec les personnes qui ont une maladie psy parce que c'est vraiment une problématique qui a rien à voir avec les autres. Souvent la nuit, elles font des demandes impossibles et persistantes. Au bout d'un moment on est obligé d'être un peu plus rigide, de donner de la voix. On laisse plus de temps à la réflexion mais on est obligé de se remettre au même niveau qu'avec les autres ou de recadrer. C'est un peu comme des enfants, ils essayent, ils ne comprennent pas, ils testent. Donc il y a une tolérance qui est différente, ça prend plus de temps avant de monter, mais au bout d'un moment quand ça va dans la longueur, qu'ils s'énervent, on finit par s'engueuler avec ces gens-là. C'est pour ça que des fois, si on en peut plus, on essaie de tourner entre nous. On a tous nos jours où ça va mieux, où on supporte beaucoup de ralentissements selon notre niveau de tension. On n'est pas régulier mais dans l'ensemble ça joue. Chaque personne est différente, a une sensibilité différente. C'est propre à l'être humain, il y a des gens super rigides et d'autres qui vont écouter, essayer.</p> <p>Sur l'ensemble, les personnes qui ont des maladies psys ne sont pas plus demandeuses. Il y a des personnes qui sont très demandeuses de nature, sans être malades. J'ai remarqué que les soirs de pleine lune, il y a beaucoup plus de lumières allumées, plus de bruit, on les voit naviguer, ils nous appellent plus, ils n'arrivent pas à dormir, demandent des somnifères ou des calmants. Durant la nuit, certaines personnes nous appellent pour qu'on les ouvre. Chez nous à la maison, on peut sortir sur le balcon par exemple. En prison les angoisses sont plus marquées et montent plus vite. C'est plus oppressant. Il y a parfois des situations de crise où on a laissé ouvert la porte pour éviter que leurs angoisses augmentent. Rien qu'un contact de 5-6 minutes, discuter, parler de tout de rien, prendre un médicament, leur souhaiter une bonne nuit, suffit pour qu'on ne les revoie plus de toute la nuit. Souvent ils appellent en demandant un Dafalgan ou un médicament de réserve et c'est en fait juste un prétexte pour discuter, mais ils n'osent pas nous le dire directement. On peut donner des petits conseils comme de fumer des clopes à la fenêtre ou mettre la télévision, pas trop fort. La plupart des agents distribuent la médication sans se poser de questions, on n'essaie pas de négocier avec le détenu. On s'en tient aux indications figurant sur les enveloppes de distribution. On voit passer ces barquettes, bien pleines, mais on ne sait pas ce qu'il y a dedans. Je suis sûr qu'ils trafiquent entre eux, il y a un trafic de médicaments assez important.</p>
Entretien 8 :	<p>Selon le Code pénal, les détenus qui ont des maladies psys ne devraient pas être en détention mais dans des établissements qui sont faits pour ça et on sait que ça n'existe pas. Voilà pourquoi on parle très peu de notre travail auprès de ces personnes. On a 30% d'articles et notre quotidien c'est ça et on fait simplement avec. Celui qui prend bien sa médication et surtout qu'on connaît, on sent quand ça commence à partir. On travaille tous les jours avec. Mais maintenant il y a eu un tel arrivage, tellement rapide, qu'on ne connaît plus les gens. On ne sait pas leur bagage, on apprend au quotidien qu'« effectivement, celui-là il a un gros souci! » Mais on ne savait pas parce que le médical évidemment ils sont</p>

	<p>aussi surchargés que nous et comme ils ne transmettent pas les informations, on l'apprend sur le tard. C'est important de connaître les gens, de pouvoir passer du temps avec eux, de voir comment ils fonctionnent et comment on peut fonctionner avec eux. C'était presque agréable avant, parce que c'est gratifiant quand on sait que tel et tel, ça fait deux jours que je vais l'ouvrir, qu'il est sale, qu'il ne s'est pas douché, qu'on essaie de savoir ce qu'il se passe et des fois les liens se tissent depuis le nombre d'années. C'est ce qui rendait la chose intéressante. Et après on regardait avec le médical : « <i>il y a tel et tel qui va mal comment on peut faire?</i> » C'est comme ça que le boulot et la prise en charge devraient être. Malheureusement ce n'est plus le cas. Même si ça nous prenait du temps quand il y en avait un qui explosait, qui décompensait, c'était pénible, la journée, la nuit, mais on savait comment faire avec nos bonhommes. Maintenant on met tout le monde dans le même panier et on est à la ramasse. Les personnes malades ne sont pas forcément plus demandeuses que les autres détenus mais durant la nuit, on a régulièrement des appels pour qu'on les ouvre, parce qu'elles angoissent. On prend du temps parce qu'on n'a pas le choix, c'est un appel à l'aide, ça sonne à l'interphone, on est obligé d'aller voir. Les cas psys ça se passe souvent la nuit. Des fois rien que de parler dans les prisons, ça aide. Ils sont censés être dans une institution alors que ça n'existe pas, parce que rien n'est encore en place. Tout est dans un flottement total et on sait que ce n'est pas sécurisant pour eux parce que le cadre est sécurisant, ils en ont besoin. Ce n'est pas pour rien que ces temps, c'est une poudrière. Quand on voit qu'ils n'ont pas de réponse à leurs questions, que tout n'est pas bien organisé, que ça peut changer d'un jour à l'autre, qu'une réponse pour le même problème peut changer 36 fois parce que ça n'a pas encore été prévu, que chaque agent essaie de faire au mieux mais que ce n'est peut-être pas comme ça qu'il fallait faire.</p>
--	--

Il est difficile de résumer toutes les réponses obtenues dans ce chapitre. Nous constatons que la plupart des agents de détention semblent avoir bien conscience du fait que la prison n'est de loin pas l'endroit idéal pour des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique. Leurs angoisses, les fluctuations de leur maladie, l'imprévisibilité de leurs réactions lors de changements importants, leurs difficultés au quotidien, sont tout autant d'éléments rendant complexes leurs prises en charge. Il ressort un sentiment d'impuissance face aux personnes qui décompensent ou adoptent des comportements déviants. L'instabilité du cadre due à un manque d'effectifs et à des restructurations fréquentes dans l'organisation de l'institution ne font qu'accroître les difficultés d'accompagnement. Les agents relèvent la nécessité de prendre davantage de temps, pour expliquer, pour donner des informations, pour répondre aux questions auprès de ces personnes. Mais là encore, la réalité du terrain ne permet pas de leur accorder de l'attention en suffisance.

6.3.1 Subir la maladie

Les personnes souffrant de maladie psychique subissent-elles davantage de pression, de stigmatisation, voire d'agression de la part de leurs codétenus ?

Entretien 1 :	Je n'ai pas l'impression que les personnes souffrant de maladie psychique subissent davantage de pressions.
Entretien 2 :	Les personnes qui ont des troubles psys ne sont pas agressées mais utilisées, menacées verbalement (il ne trouvait plus le verbe menacer). Cela se passe plutôt dans la partie cellulaire, en régime ordinaire où les articles sont stabilisés, suivent leur traitement correctement, vont travailler, mais sont vite bouleversés. Il ne faut pas trop leur demander (quel est le rapport avec le sujet relatif aux pressions qu'elles peuvent subir ?). Les autres détenus utilisent la faiblesse de ces personnes pour les racketter, pour avoir plus , pour l'appât du gain. Après je vois aussi le contraire, des détenus qui les aident à se lever, s'habiller, à être à l'heure au travail, surtout entre les ethnies. Ils donnent un coup de main aux agents en quelque sorte. Le régime ordinaire est beaucoup plus grand que l'Unité Psychiatrique, on ne peut pas tout voir. L'infrastructure fait que c'est comme ça. Tandis que l'Unité Psychiatrique, c'est plus petit, les agents sont plus présents et ils sont entre personnes malades donc il n'y a rien à y gagner.
Entretien 3 :	Les personnes restent en cellule, s'isolent, sont sujettes aux railleries des autres détenus et ne sont pas souvent prises en charge par d'autres codétenus parce que chacun porte sa croix. Il y a quand même une certaine compassion parfois, mais d'autres rigolent, se foutent de leur gueule. Quant aux agents, je ne pense pas qu'il y ait des moqueries de leur part. Certains vont dire : « il a un problème », mais ils ne vont pas rire de son problème, ils ne vont pas fustiger les gens. Par contre, ils ne vont pas chercher à comprendre pourquoi il a un problème, parce que pour eux, ils sont là pour surveiller ce bonhomme, pour s'occuper de lui, veiller à ce qu'il ne s'évade pas, ne tape pas sur la gueule d'un autre détenu, ne se pende pas ni ne se coupe et ça s'arrête là. Ils ne sont pas là pour le soigner. Ils ne vont pas aller chercher plus loin, pour ce qu'on les paie.
Entretien 4 :	Il développe ces questions-là dans un autre sujet.
Entretien 5 :	Je n'ai pas vraiment l'impression que les détenus souffrant de maladie psy subissent davantage de pressions que les autres. J'ai plutôt vu des détenus s'accompagner mutuellement , en nettoyant la cellule de quelqu'un qui est amorphe parce qu'il a un traitement lourd par exemple. Par contre, dans le sport, au foot notamment, il y a beaucoup de tensions, d'irritabilités, car les détenus qui ont des pathologies sont très maladroits. Maintenant on a une génération de détenus qui n'est pas d'accord de cohabiter avec des gens qui dérogent à leur façon d'être. Tout comme la société n'accepte plus les simplets du village. C'est pour ça que créer un hôpital dans une prison, ça va être difficile. Créer un hôpital sécurisé, c'est beaucoup plus évident.
Entretien 6 :	Il faut les prendre en charge de manière particulière, en aucun cas de la même manière qu'un autre détenu. Il faut absolument les dissocier des autres, d'un point de vue infrastructure. Ça fait ghetto, mais pas plus qu'un hôpital psychiatrique et ici ils sont déjà terriblement stigmatisés, ils souffrent en permanence. Ils m'en parlent continuellement du fait que les autres leur disent qu'ils sont dans un atelier de « gogoles. » Ils sont tout le temps confrontés au fait que les autres les considèrent comme des débiles. Ils ont un atelier spécial pour eux, une division spéciale pour eux, des règlements qui les concernent eux, ils reçoivent de l'argent même s'ils ne viennent pas travailler. Ils sont totalement confrontés à une espèce de jalousie malsaine ou à une incompréhension des autres. Ils subissent des pressions énormes, se font racketter. C'est normal, ce

	<p>sont des cibles faciles, fragiles, accessibles. Rien n'est fait pour les préserver. On les met à l'unité 7, on dit qu'ils sont vraiment entre eux, que personne n'a accès, mais pas du tout. Concrètement il n'y a aucun règlement qui interdit les gens de monter et donc, on ne peut pas les sanctionner non plus. C'est de la poudre aux yeux ! Un détenu sait qu'il a fait quelque chose qui n'est pas forcément bien, qu'il n'est pas quelqu'un de bien, que c'est un raté, qu'il a complètement loupé son existence et du coup, ça lui fait un bien énorme de savoir qu'il y a des gens qui sont encore pire qu'eux autour d'eux. C'est ce qui fait qu'après ils vont vraiment aller chercher toute la plus grande misère chez les autres pour se reconforter eux-mêmes et ils vont l'accentuer. Il y a des détenus qui ne veulent plus venir à l'atelier à cause de ça, comme l'Unité 7. Ils ne veulent pas y aller parce qu'ils savent qu'on va leur coller une étiquette de plus. La façon dont les autres le leur disent, c'est très violent. Je suis confronté au même problème avec certains collègues, encore maintenant après sept ans d'existence d'atelier, je dois leur expliquer pourquoi je fais certaines choses. Je dois leur dire que non, ce ne sont pas des bras cassés s'ils n'arrivent pas à cueillir des pommes, qu'ils prennent tel médicament et que si tu prenais le tiers tu serais juste couché par terre.</p>
Entretien 7 :	<p>C'est vrai que parfois, entre nous, on utilise des termes pas tout à fait adéquats. On parle de l'atelier des « <i>gogoles</i> », de ceux qui restent assis, fument, tournent en rond. Mais ça reste entre nous parce qu'après si ça revient aux oreilles des collègues... et c'est les détenus qui le disent aussi. (Il justifie ses propos). Certains font exprès d'énervier les détenus malades et ces derniers parfois répliquent, insultent mais ils ne se rendent pas compte qu'il y a quand même des costauds et du danger pour eux. Quand ils reçoivent la paie pendant deux-trois jours ça tourne, il y a du racket, ça c'est sûr. On est conscient qu'il y a du trafic, mais ils n'osent pas venir nous dire ou nous donner des noms, ils ont peur des représailles. Il y a des pressions, une organisation comme dehors, il y a un chef de bande. Je pense qu'ils doivent la roter. Ils peuvent se fermer en cellule pour avoir la paix mais les autres savent quand on est occupé ou seul. Ils attirent notre attention sur autre chose et ils font leurs combines par derrière. Ils ont le temps d'observer, ils savent qui arrive rien qu'avec le bruit du trousseau de clés, les pas dans le couloir, la façon de mettre la clé dans la serrure, d'ouvrir la cellule. Ils savent l'heure, le moment, le bon endroit pour le faire. Ceux qui fonctionnent bien, qui n'ont pas de problèmes psychiques, jouent avec le système bien qu'ils voient que les autres ont un manquement. Les articles, 59, 64, au début du changement du Code pénal, ils avaient pas l'obligation du travail et étaient ouverts le soir. Maintenant ça change un peu. Ceux qui ne sont pas malades essaient de demander pareil ou font la remarque parce qu'ils se sentent lésés.</p>
Entretien 8 :	<p>Les effets de l'enfermement sont difficiles à mesurer, à quantifier. Par contre, ce qui me surprend encore c'est le temps que les personnes malades sont capables de rester seules en cellule, enfermées, coupées des autres. C'est assez impressionnant, ça me perturbe. Quand ces détenus sont mélangés aux autres, ils sont vite repérés et se font charrier. Il faut dire ce qui est, c'est la prison, ce n'est pas le jardin d'enfants. Ils sont assez vite stigmatisés et je pense que par ce biais-là, ils ont tendance à s'enfermer, pour qu'on leur foute la paix, qu'on les laisse tranquille. Mais après je pense que c'est aussi une partie de la maladie ou un besoin peut-être mais ils restent dans une solitude assez folle. Certains passent tellement inaperçus qu'on les oublie. Ils sont depuis des années en détention et ils sont dans l'oubli total ! C'est juste effarant</p>

	quand on s'en rend compte. Ils ne sortent jamais, ne discutent jamais avec quelqu'un, ne font jamais de sport. Dans un autre établissement prévu pour l'approche, la recherche de la personne devrait exister. Après que la personne soit preneuse ou pas c'est un autre débat. Ici, on ne peut pas, on n'a pas le temps.
--	--

Les avis sont quelque peu partagés concernant les pressions subies par les détenus malades. La majorité des agents admette que ces derniers sont régulièrement rackettés et stigmatisés. Les agresseurs ne sont souvent pas dénoncés, par peur des représailles que cela peut engendrer. Les agents qui incitent alors les détenus concernés à divulguer le nom de leurs tortionnaires ne se rendent pas toujours compte qu'ils induisent ainsi une deuxième source de pression. Le dernier surveillant interrogé met en exergue la profonde solitude dans laquelle certaines personnes se plongent, pour mieux se protéger ou simplement par besoin d'être isolées de l'agitation du cellulaire. Une nouvelle fois, la rudesse du quotidien en prison démontre toutes les difficultés pour un détenu souffrant d'une maladie psychiatrique de survivre dans un milieu qui tend à détériorer sa santé mentale.

6.4 Le passage à l'acte

Une partie de mon cadre théorique fait référence à la recrudescence des actes auto et hétéro-agressifs. Sur le terrain, les agents de détention font-ils la même constatation ? Comment font-ils face à certaines situations limites engendrées par des comportements violents ? Lorsqu'il s'agit de gestes d'automutilation, est-ce de la provocation ou l'expression d'un réel mal-être ? Ces différents questionnements n'ont pas nécessairement été explicités face à mes interlocuteurs, ils ont plutôt été suggérés afin de ne pas trop influencer leurs réponses.

Entretien 1 :	Il est plus facile de prendre du recul vis-à-vis des auto-agressions que des hétéro-agressions, même si c'est difficile à comprendre. L'automutilation ou les tentatives de suicide me touchaient plus au début que maintenant. La plupart du temps ce sont des appels au secours et non des vraies tentatives de suicide. J'arrive à rester calme par rapport à ce genre de situations. Cela arrive plus souvent que de subir des agressions, verbales ou physiques. Je n'ai d'ailleurs jamais été agressé physiquement et une seule fois verbalement. Les agressions verbales et les menaces envers soi-même et sa famille sont difficiles à vivre, ce n'est pas évident de rester calme face à cela et ça me travaille encore par moment. Cela change la vision du détenu concerné. Je prends ce type d'agressions à titre personnel et non envers la fonction que je représente. Par contre les petits accrochages au quotidien font partie du métier et les discussions permettent d'éviter des malentendus.
Entretien 2 :	Je suis quelqu'un d'assez froid par rapport aux automutilations, je ne fonctionne pas au chantage. La personne qui se moleste, c'est souvent une façon de porter l'attention sur elle , parce qu'elle n'a pas eu ce qu'elle voulait, une médication ou une écoute. Ça va rien me faire, c'est dommage pour elle, on va la soigner, aviser les personnes à aviser, faire notre job. C'est peut-être un cri au secours, il faut quand même discuter avec la personne et lui demander pourquoi elle s'est fait ça. Les agressions envers le personnel, je ne peux pas comprendre, ni pardonner. C'est parfois dû à des hallucinations, le détenu a

	vu le diable, mais ça, ça me dépasse. Il ne faut pas passer à l'acte. Sur soi on fait ce qu'on veut mais je ne peux pas tolérer une agression physique sur un collègue. C'est ma limite.
Entretien 3 :	(Dans son discours, il y a une confusion entre les notions d'hétéro-agression et d'auto-agression.) On voit la tristesse des personnes qui s'automutilent, c'est peut-être le seul moyen pour elles de vivre, de montrer leur mal, leur mal-être (il emploie le mot « malaise »). Ça me dérange quand quelqu'un se coupe, se blesse, c'est difficile à suivre mais ça fait partie du travail. Par contre, ça me dérange moins de devoir gérer des agressions car c'est notre problème. C'est à nous de les gérer en faisant attention, en mettant un cadre qui n'est pas trop serré. Mais il faut qu'il y en ait un tout le temps, pour se protéger.
Entretien 4 :	Le sang ne me fait pas peur. Il faut sécuriser la zone, agir, se protéger et ne pas se précipiter. Je me souviens d'une personne qui s'était mutilée les avant-bras et avait glissé dans son sang. J'étais avec un agent plus sensible que moi et dans la panique, il a mis les gants d'intervention à la place des gants en latex. L'image de la cellule avec du sang partout, ce n'est pas donné à tout le monde, ce n'est pas évident. La personne a appelé à l'interphone, elle voulait se suicider, elle avait fait couler de l'eau froide pour accélérer le processus alors qu'on sait que c'est de l'eau chaude qu'il faut, mais elle parle, elle est vivante. Il faut rester calme et ne pas s'énerver car on peut vite paniquer. On nettoie la plaie et on fait le premier pansement. On doit parfois appeler SOS médecin pour recoudre la plaie si une ambulance n'est pas nécessaire. Quand vous voyez la quantité de sang par terre, ça fait vite soucis. L'ambulancier rassure en arrivant. La quantité perdue est impressionnante mais elle ne met pas en danger la personne et les surveillants ne s'en rendent pas forcément compte. Toutes ces situations agissent automatiquement sur le psychisme. On a beau dire que c'est derrière une fois le portail passé, mais lorsqu'on arrive à la maison, il y a des choses qui restent et on en rêve la nuit. Il y a des débriefings qui peuvent s'organiser, mais les images, les actions, une bagarre, une agression, le sang, ça restent. Chaque personne est différente face à ça. Peut-être qu'un jour je vais mal réagir mais pour l'instant, je reste calme. Il faut réagir et ne pas trainer. C'est des schémas qu'on a dans notre tête : les protections, les gants, la valise de secours, les premiers soins, appeler l'ambulance. Avec l'expérience c'est peut-être plus facile, on prend plus de recul. Mais certains surveillants, même après dix ans, paniquent, ne supportent pas le sang parce que ça leur fait peur. On est d'ailleurs toujours deux pour ce type d'intervention comme ça l'un peu calmer l'autre. Mais actuellement, il y a un manque d'effectif, surtout si ça arrive la nuit. On est quatre agents pour toute la prison. Chez les détenus, il y a beaucoup de manipulation, de menteurs. Ils ont appris à mentir depuis tout gamin, ont manipulé des gens pendant des années. Ils arrivent ici, ce ne sont pas des saints. Ils vont continuer leur manège, c'est leur façon de fonctionner. Quand vous vous faites cracher au visage, insulter, menacer ; une heure après ça travaille. Quand on a des enfants en bas âge et qu'on sait qu'on peut retrouver notre domicile facilement avec internet, ça met une pression supplémentaire, il y a toujours un doute. Ça peut donc déraiper verbalement : « <i>fil de pute</i> », réponse : « <i>ben moi au moins j'ai une mère</i> ». (C'est plutôt inquiétant de savoir que certains agents répondent de cette façon aux insultes...). Quand des détenus mettent trop la pression, les agents se rappellent qu'ils sont quand même surveillants, qu'ils sont là pour la sécurité et ils font des rapports, ils ne vont pas

	<p>forcément discuter. Mais s'il y a une bagarre, on doit maîtriser la personne et non lui donner des coups. Mais quand quelqu'un s'en prend à vous, à votre vie, tout d'un coup vous frappe, je pense que ça peut péter et on se défend. Et là, la violence amène à la violence parce qu'on sauve sa peau. Mais frapper gratuitement je ne pense pas. Mais c'est comme à l'extérieur, vous vous faites agresser, la personne continue à s'acharner sur vous, vous n'allez quand même pas vous laisser faire et tendre l'autre joue. Il ne faut pas oublier qu'on a des tueurs là, des assassins, des meurtriers, des pédophiles, des personnes qui ont du sang sur les mains, qui viennent des pays de la guerre, des enfants soldats. Mais la violence elle est souvent contre le système et pas forcément contre un agent en particulier.</p>
Entretien 5 :	<p>À l'époque, je n'ai jamais vu des gens qui s'ouvraient les bras. Maintenant, il y en a beaucoup. Je suis sûr que c'est en lien avec un mal-être profond et c'est la maladie psy avant tout. Je ne sais pas si c'est pour décompresser, pour enlever la violence, la haine qu'ils ont en eux. Les agents ne sont pas à l'aise avec cela, et heureusement. Comment peut-on être à l'aise avec quelqu'un qui arrive à avaler des lames, à se mutiler à tel point que son corps en souffre toute sa vie (cicatrices), pour nous ce n'est pas compréhensible. Je pense qu'on peut qu'intervenir sur le plan humain, émotionnel, mais très souvent on intervient maladroitement. En disant par exemple : « <i>Mais vous faites quoi comme connerie ?</i> » au lieu d'essayer de comprendre pourquoi. Mais il y a tellement d'incompréhension, on ne maîtrise pas, on n'est pas outillé, pour nous c'est un non-sens, d'avalier une lame, d'avalier une pile. Ça veut dire quoi ? Pour certains agents ça veut dire les emmerder, les obliger à appeler une ambulance et au final, le détenu est simplement fou. Et en plus, l'ambulance doit venir là au lieu de sauver quelqu'un à l'extérieur. Concernant les agressions envers le personnel, on est dans un contexte où on comprend. On protège la société d'hommes violents donc on conçoit qu'ils puissent être violents à notre égard. On entend même parfois : « <i>ouais bon le surveillant il l'a allumé</i> ». Mais que cet homme dangereux avale une pile, se coupe, on ne pourra jamais comprendre. L'inconnu fait peur, on ne le maîtrise pas, on le maîtrise mal. Les agressions les plus graves sont souvent en lien avec une pathologie psy avérée, non traitée, non soignée, avec des gens en décompensation psychotique et il y en a beaucoup plus que quand j'ai commencé.</p>
Entretien 6 :	<p>Il n'a que très peu développé cette question-là</p>
Entretien 7 :	<p>Par rapport à l'auto-agression, il y a un sentiment d'impuissance, on n'est pas préparé. Mais tant que c'est sur eux et pas sur nous... C'est particulier. Je me souviens d'un cas psy qui avait appris des mauvaises nouvelles durant la journée et qui était très énervé. On s'était déjà parlé toute la soirée et durant la nuit, il a commencé à dire que si on ne venait pas, il se couperait. On lui a dit d'essayer de se calmer et un quart d'heure plus tard, il s'était coupé. On a dû appeler le psychiatre de garde et le chef de piquet, parce qu'on ne gérait plus. Il ne voulait pas se refaire recoudre, c'était superficiel mais ça nécessitait quand même des soins. Il fallait également lui donner des médicaments. On est parfois dépassé par les événements, on est que deux et on n'est pas médecin. Si le détenu reste sur sa position et qu'on n'arrive pas à entrer en discussion, à trouver les mots justes, il ne faut pas hésiter à demander de l'aide parce qu'après ça devient ingérable, on va vers de gros problèmes. C'est assez impressionnant comme cela saigne toujours beaucoup. Lorsqu'on voit le sang par terre, on a l'impression qu'il y a des quantités</p>

	<p>pas possibles mais en général, c'est superficiel. Les coupures ne sont souvent pas faites dans le bon sens, c'est ce qu'on apprend au cours. Ils nous disent bien que si quelqu'un veut vraiment s'entailler c'est dans tel sens et vraiment bien profond. Il s'agit souvent de personnes fragilisées ou qui ont des problèmes psy, des pathologies. Elles disent : « <i>si vous ne venez pas, j'avale des lames, je veux voir quelqu'un tout de suite autrement je pète un plomb, je fracasse tout dans la cellule.</i> ». Le « <i>je veux tout, tout de suite</i> », c'est un mal général. Aussitôt qu'on dit non, ça ne va pas. Ce sont de grands enfants (mauvaise gestion de la frustration). Quand ils nous appellent à l'interphone, on n'a pas de contact visuel, on ne sait donc pas s'ils vont véritablement passer à l'acte ou non. Certains sont en réalité tranquillement couchés dans leur lit avec un grand sourire quand on arrive et ils exposent leur problème car ils ont eu la personne qu'ils souhaitaient en face d'eux.</p> <p>Il y a peu d'agressions envers le personnel, on touche du bois. Il y a parfois juste des empoignades. La population change, il y a de plus en plus de jeunes qui n'ont peur de rien mais jusqu'à présent, c'est toujours resté entre eux. Même nos vieux « <i>tolards</i> » qui sont là depuis un certain temps nous disent « <i>mais ces petits jeunes, c'est incroyable, il manque quelqu'un qui les corrige à la maison.</i> » Les quelques fois où l'on se fait prendre à part dans les divisions, c'est assez surprenant, il y a toujours des gens qui voient que le surveillant est en difficulté et qui viennent raisonner les détenus, les séparer. On est parfois étonné de voir qui vient calmer les troupes lorsqu'il y a un évènement. Alors qu'on pensait que cette personne, il ne fallait jamais lui tourner le dos car on n'avait pas d'atome crochue.</p>
Entretien 8 :	<p>C'est toujours choquant de voir quelqu'un qui s'automutile. L'odeur du sang, ce n'est jamais agréable. Et après on a envie de savoir pourquoi. J'avais demandé à un gars qui s'était mutilé le torse avec une lame de rasoir : « <i>mais il faut juste m'expliquer pourquoi? pourquoi? Moi je ne comprends pas et j'ai besoin de savoir!</i> » Il m'a expliqué ce que lui ressentait. Il était conscient qu'il était malade et c'était son mal-être qui faisait qu'au bout d'un moment, la seule manière pour qu'il aille mieux, c'était de se couper. Et une fois qu'il se coupait, qu'il s'automutilait, que le sang sortait, il allait mieux pour un temps, parce qu'il avait fait ce qu'il devait faire. Mais après, il avait un sentiment de culpabilité et il regrettait directement ce qu'il avait fait. Mais il n'avait aucune emprise sur ça. Je pense que c'est assez similaire aux personnes boulimiques qui n'ont aucun contrôle sur leurs actes. Quand cela doit sortir, même si après ça leur paraît absolument aberrant, sur le moment elles n'ont pas d'autres solutions que ça. Après on apprend qu'il faut aussi faire une nuance entre la personne qui souffre de cela et le chantage. « <i>Si j'ai pas ça, j'me coupe</i> ». C'est son choix, sa volonté, ça lui appartient. Si elle se coupe, on viendra, on la soignera, on fera le nécessaire et si c'est grave, on appelle une ambulance. Mais ça n'aura aucun résultat sur la demande, parce que c'est du chantage et je ne rentre pas là-dedans. Dans ces cas-là, la personne se coupe, moins profond, juste pour ne pas perdre la face. Il y a quand même passablement de personnes qui s'automutilent en prison, mais ce n'est pas forcément au niveau des cas pys, mais plutôt des ethnies.</p> <p>Les agressions sont souvent entre eux. Les fois où on peut recevoir un coup, c'est quand on intervient pour les séparer. Le 90% des conflits sont des histoires d'argent et de trafics. Les détenus n'ont plus peur de l'uniforme, c'est comme les gendarmes à l'extérieur qui se font insulter ou cracher dessus. C'est contre ce qu'on représente souvent, ce n'est pas directement dirigé vers</p>

	un agent. Ils ont quand même besoin de nous, on reprend le problème, on discute, on trouve une solution. On s'est engueulé mais pour finir ils s'excusent. Ils ont des modes de fonctionnement comme ça, c'est l'éducation, c'est plein de choses.
--	--

Tous s'accordent à dire que les actes auto-agressifs sont plus nombreux que les agressions envers le personnel. La plupart des agents éprouvent un sentiment d'incompréhension totale face à ces automutilations. Il est difficile de concevoir qu'une personne qui a pu être violente à l'égard d'autrui à l'extérieur, puisse s'infliger de telles souffrances. D'après les agents, il peut s'agir soit de l'expression d'un profond mal-être, soit d'un moyen pour obtenir quelque chose et d'attirer l'attention. Ces diverses analyses rejoignent en partie l'apport théorique à ce sujet, qui explique ce passage à l'acte par un besoin de décharger brutalement une tension interne. Cette dernière peut découler soit d'une frustration (demande qui n'est pas entendue par exemple), soit d'une douleur interne qui demande à être évacuée. L'hétéro-agression semble être mieux appréhendée mais nettement moins tolérée. En effet, les actes violents peuvent être envisagés dans un contexte d'enfermement comprenant des personnes qui ont pu être agressives par le passé, mais tout comme la volonté de la société de les punir pour les actes commis, les agents n'acceptent pas qu'elles puissent violenter leurs collègues. Il faut néanmoins relever le fait que les agressions envers les professionnels restent rares et que bien souvent, elles découlent de bagarres débutées entre les détenus eux-mêmes.

6.5 La vision de l'art.59 CPS

Dans ce chapitre, j'aborde directement l'une des questions centrales de mon travail de recherche. J'ai introduit le sujet avec une interrogation volontairement très vaste : quelle est votre vision de l'article 59 du Code pénal suisse et des conséquences qui en découlent ?

Entretien 1 :	Je n'ai pas d'avis sur la question et la durée indéterminée de la mesure ne m'a pas plus questionné que ça. Une fois que le détenu a fait sa mesure et qu'il est jugé guéri, il fait sa peine. Je pense que c'est bien que cela se passe comme ça, pour la société aussi. (L'agente hésite dans ses réponses, rit nerveusement, n'a pas de recul et d'analyse sur le sujet et ne semble pas avoir conscience des enjeux.)
Entretien 2 :	Les détenus savent quand ils arrivent mais pas quand ils ressortent. C'est important de donner des informations, de dire que ça évolue. On les recadre en disant qu'il y a quand même une petite lueur (d'espoir ?). Ça apaise en parlant et en donnant beaucoup d'explications. Ce n'est pas moi qui ai écrit le Code pénal, je ne fais que l'appliquer. On a créé ces articles mais ils n'ont pas mis les lieux appropriés alors on fait au mieux avec ce qu'on a, c'est déjà pas mal. Dans certains pays, on n'a pas ça, on n'a le choix de faire avec. Concernant l'art.64, c'est des personnes qui ne posent pas de problème, mais je m'en méfie beaucoup plus car elles n'ont plus rien à perdre. Cet article c'est la manière polie de dire que tu as pris la prison à vie. Mais s'il est mis, ce n'est pas pour rien, ça été étudié pour. Il faut leur dire qu'il y a quand même une lueur. On a vu des 64 partir en 59 puis aller en foyer, c'est possible. Souvent, ils s'accrochent au sport ou au travail, montent une sorte de business, se disent que s'ils passent à l'acte, il y a quand même les arrêts et les isolements à titre de sûreté. Je n'y passerais pas une vie. La durée indéterminée de la mesure peut rendre quelqu'un beaucoup plus agressif, comme un lion en cage mais cela n'excuse pas.

	<p>Même s'il est là pour une courte peine initialement, ce n'est pas parce qu'on est en prison qu'on peut tout faire. Il y a des gens qui s'adaptent bien. Si les insultes sont fréquentes, qu'il crache et envoie des excréments sur les agents, s'il fait ça dehors, il va de toute façon finir dedans (en prison) donc autant le garder et lui dire de faire un travail sur soi, de réfléchir à ce qu'il a fait et de grandir un peu. (Je prends l'exemple de deux personnes ayant commis le même délit mais l'une écope d'une peine ferme et l'autre d'un art. 59) : vous dépassez mes compétences ! C'est le Code pénal, est-ce que c'est juste, est-ce que c'est faux ? Ce sont des gens qui ont fait plus d'étude. Le 59, c'est parce que la personne est mentalement défaillante. Malheureusement peut-être qu'on rajoute plus mais « on a chopé une personne mentalement déviante ». On aura le pouvoir de la retenir pour la soigner (l'enferment est justifié par la nécessité du soin. Le vocabulaire utilisé laisse perplexe.) Après c'est vrai que je ne comprends pas toutes les décisions de justice. J'ai vu des gens partir que je n'aurais jamais libérés parce que pour moi ils n'étaient pas stables (l'instabilité de la maladie justifie la prolongation de l'enfermement ?) au lieu de dire on attend qu'il arrive bien et on ouvre.</p>
Entretien 3 :	<p>Il faut leur dire qu'il y a une lumière d'espoir, même si c'est dur pour eux. S'ils se soignent, s'ils suivent la thérapie qu'on leur propose, s'ils prennent leurs médicaments, le tunnel va s'ouvrir, ils vont aller en institution. Si ça ne va pas, on les reprend en prison. On ouvre les barrières mais pas trop larges non plus. Ils ont besoin d'un cadre mais pas trop serré. Bien sûr que la durée est indéterminée car on ne peut pas donner un temps pour se corriger, s'adapter, s'habituer à une vie saine, c'est-à-dire sans crise d'angoisse, sans tentative de suicide. On le soigne, pour qu'il ne commette pas un nouveau délit. Certains vont mettre plus ou moins de temps à se soigner, mais il y a toujours un petit contrôle qui est fait. (Il ne semble pas véritablement percevoir les conséquences d'une durée indéterminée. Il garde une idée de contrôle : sur une maladie, sur un comportement, sur une personne. Un temps indéterminé pour rectifier le comportement est ainsi justifié pour quelqu'un qui a un article mais qu'en est-il pour celui qui a une peine?). C'est une sécurité pour les gens à l'extérieur et pour eux-mêmes. Ils peuvent dire quand ils sont mal, c'est une bouée (de secours ?) quand même. C'est les médecins, les expertises qui décident. Une personne qui est internée depuis de très nombreuses années, il faut qu'elle aille en institution. Après autant de temps dans un milieu où on le protège pour éviter qu'elle ne refasse des bêtises, c'est mieux qu'il y ait toujours quelqu'un derrière elle. (Il lui semble donc difficilement envisageable de libérer ces personnes sans un encadrement après autant d'années. C'est bien là tout le drame de cette mesure indéterminée). Si elle a commis un délit, c'est qu'elle a un problème. Alors on soigne son problème et ensuite on regarde ce qu'on pourra en faire plus tard. Je me souviens d'une personne qui est arrivée pendant mon stage à Cery, c'était « Godzilla », un truc abominable. Le lendemain, en ayant pris une médication, en étant prise en charge, elle se promenait tranquillement dans les corridors. Maintenant je la vois toutes les semaines car elle travaille comme magasinier dans un grand centre commercial. C'est l'une des personnes qui m'a fait le plus peur dans ma vie mais en prenant ses médicaments tous les jours, elle va très bien. Elle a eu la chance de ne jamais avoir commis de délit autrement elle serait enfermée. Quelqu'un de sa famille ou un proche, une connaissance aura peut-être dit qu'elle n'allait pas bien, qu'il fallait la prendre en charge avant qu'elle ne commette un délit. Certains détenus qu'on a ici ont peut-être la même pathologie, mais</p>

	<p>on n'a pas su, on n'a pas pu la déceler, ils ont commis un délit et maintenant ils le paient. Et c'est vrai que l'idéal ce serait de pouvoir déjà les soigner. Avec le nouveau Code pénal, on soigne les gens et ensuite, ils seront condamnés pour la faute qu'ils ont commise à l'époque. Maintenant, si on estime que ce qu'ils ont fait, ça doit durer dix ans de prison et qu'ils en ont déjà fait douze pour se soigner, il faut les relâcher, mais avec une certaine sécurité.</p>
Entretien 4 :	<p>Une personne est incarcérée au départ pour vingt mois et ça fait quatorze ans qu'elle est dans le système, dont sept ans en prison. Je m'excuse mais... C'est normal ? Alors là qu'on vienne nous faire n'importe quelle théorie, mais encore une fois, on n'a pas fait la « <i>Sorbone</i> ». Nous on travaille avec ces gens-là, qui ont des décompensations certes, mais ils l'ont aussi dehors ou dans un hôpital ! Pourquoi garder une personne qui n'a jamais levé la main sur qui que ce soit en sept ans de prison ? Par contre effectivement, il peut y avoir des menaces « <i>je te tue</i> », « <i>je te coupe la tête</i> » etc... Mais il faut juste revenir un petit peu en arrière, dans l'enfance. On a des enfants soldats ici. Il n'y a pas besoin d'avoir fait l'université pour comprendre ça ! C'est incroyable, on garde quelqu'un en prison pendant sept ans, qui n'a pas tué, alors qu'il y a des gens qui sont là pour meurtre et sortent avant. Quand la personne, sous article, veut se projeter, se demande ce qui va lui arriver, elle sait qu'une année après, lors du réexamen de sa mesure, ils vont raconter les mêmes salades. La CIC donne un avis qui est pris en compte, mais c'est des gens qui viennent d'où qui forment cette Commission ? Sept personnes, anciens psychiatres, anciens juges, qui ne voient jamais le détenu c'est juste ? (Je confirme). Ils ont donc doublement fait la « <i>Sorbone</i> » pour être aussi bons ! C'est extraordinaire d'entendre des choses comme ça pour nous qui côtoyons le détenu tous les jours. C'est juste « <i>dégueulasse</i> », il faut être « <i>vachement</i> » fort pour réussir à dire, sur un dossier, avec des papiers, que telle personne fonctionne de telle manière. Ils doivent tous s'appeler Jésus ! Et d'autres qui ont des peines fermes, vous lisez certains rapports, vous vous dites que pour lui c'est fichu pour de longues années et quinze jours plus tard, il obtient sa libération conditionnelle. Je préfère avoir un psychiatre qui vient sur plusieurs jours prendre le détenu pour faire son expertise, qu'une personne qui écrit des « <i>âneries</i> » sans avoir eu aucun contact avec le détenu. Le but d'un condamné, c'est la réinsertion. La vie ne s'arrête pas à la prison mais pour les 59, 64, on ferme les portes. Pourquoi garde-t-on des gens durant des années pour des petites peines au départ ? Ils sont bien plus dangereux quand ils sortent ! Ils n'ont pas de fin, ne voient pas le bout du tunnel. Ils se disent : « <i>ils m'ont mis un article, 59, 64, est-ce qu'il y a un espoir ? Qu'est-ce que j'ai fait pour avoir ça ?</i> » (Il est vrai que certains délits sont souvent de moindre gravité dans ces situations). Les détenus ont conscience de tout ça : « <i>rien ne progresse, je vais creuser ici, à quoi ça sert de continuer ? Je ferais mieux de me mettre la corde au cou, après tout ça c'est fini !</i> ». Quand ils font des tentatives de suicide plus d'une fois, qu'on a passé des dizaines et des dizaines d'heures à parler avec eux, un jour, ils finissent par mettre fin à leurs jours. C'est le résultat de tout ce qu'on est en train de discuter. Sur le terrain, on fait ce qu'on peut. C'est les autorités qui ferment tout le temps la porte, parce qu'ils ne veulent pas prendre de risques. C'est mon expérience, mon vécu qui parle. Ces gens-là ne sont pas où ils devraient être, en tout cas pas ici, à Bochuz.</p> <p>Les personnes qui ont un article 59 sur l'extérieur, il faut qu'il y ait un suivi. Beaucoup d'entre elles n'acceptent pas</p>

	<p>forcément leur médication. Les effets secondaires peuvent être lourds et à un moment donné, elles veulent stopper leur traitement, se sentent bien et ne pensent pas avoir besoin de médicaments. Je ne sais pas si elles pensent juste ou faux mais on peut penser qu'elles pensent faux vu que le diagnostic est une pathologie. On est toujours dans les mêmes produits : « Clopixol », « Temesta », etc... On a l'impression qu'il n'y a pas d'évolution. Est-ce qu'ils font des essais, des tests ? Tout le monde sait que certains traitements, médicaments utilisés en France ne sont pas autorisés en Suisse. En France, ils ont un tout un autre système. La personne qui décompense ou qui est violente, ils la médicalisent et la prennent en charge tout de suite ! Comme ça elle ne se met pas en danger elle-même et elle ne met pas en danger les autres. C'est intelligent d'agir comme ça, je trouve. Ici, on attend. On attend qu'un surveillant se fasse agresser. On ne connaît pas la pathologie de la personne, on ne s'attend pas du tout à ce qu'elle passe à l'acte, la transmission des informations est quasi nulle ! On met des gens à la division D parce qu'il n'y a pas de place à l'Unité psy, les tensions montent et on voit bien que les surveillants sont à bout et certains détenus en profitent. S'il y a des graves problèmes, c'est les surveillants qui doivent encaisser.</p>
Entretien 5 :	<p>On a créé notre propre démon. Dans l'article 59, il y a vraiment une dimension de soins, dans un lieu médicalisé. La pathologie doit dominer sur la prise en charge sécuritaire que se doit d'avoir le milieu carcéral. L'article 64 c'est autre chose. C'est une mesure de sécurité pour moi, tout comme la réclusion à vie, la personne ne sortira jamais. On perçoit bien la mentalité et la philosophie de l'opinion publique en mettant cette panoplie de verrous pour sécuriser à outrance. On garde les gens indéfiniment en prison pour des peines initiales de cinq mois, six mois. Les tribunaux condamnent de plus en plus avec un 59. Ils se donnent bonne conscience, car le 64 a plus d'effets nocifs et est montré du doigt. Avec un 59, la personne reste réceptive aux soins, on lui donne encore une chance. Peut-être qu'un jour on trouvera une molécule, un produit miracle pour guérir cet être humain qui a commis des actes horribles car on ne peut pas penser qu'une personne est définitivement perdue. Mais c'est un non-sens. Plutôt que la société réfléchisse à l'enfermement radical, elle ferait mieux de se demander quand est-ce que son voisin va passer à l'acte ? Il y a un réel potentiel de dangerosité à l'extérieur mais grâce à dieu, on ne va pas encore nous enfermer sous prétexte qu'on risque de passer un jour à l'acte. À l'époque, chaque village avait son simplet. De temps en temps il pouvait occasionner des craintes mais on vivait avec, on l'intégrait complètement dans la société, on s'en accommodait, on vivait avec ses bizarreries. Maintenant, on admet plus qu'il déroge à la tranquillité du village, que ça fasse mauvaise figure, alors on les place dans des structures psychiatriques sécurisées. J'ai l'impression qu'on voudrait mettre tout le monde dans un moule, mais j'espère que plus jamais on revivra ce qu'il s'est passé avec le « <i>petit à moustache</i> »... (Il fait référence au régime nazi).</p> <p>La plus grande difficulté pour une personne souffrant d'une pathologie, c'est d'admettre sa maladie. Je me souviens d'un jeune banquier schizophrène paranoïde qui avait cessé de prendre sa médication et qui avait décompensé. Les effets nocifs de la maladie étaient alors apparus, tels que des visions et il s'était retranché chez lui et renfermé sur lui-même. Croyant voir le diable sonné à sa porte, il a poignardé son père. Il a été incarcéré mais a assez vite pu passer à la Colonie puis en institution car l'OEP a bien compris que s'il était bien traité et bien soigné, il pouvait vivre dans la société. C'est sa maladie qui a fait qu'il est</p>

	<p>devenu dangereux. Pourtant il avait un 59, on aurait pu le garder « indéternam », mais l'OEP s'est montrée rationnelle. On a quand même évolué. Actuellement ici au pénitencier, je compte deux personnes qui ont eu un non-lieu au jugement. Un non-lieu veut bien dire qu'on ne peut pas les considérer comme responsables et donc, c'est la pathologie qui devrait dominer. Encore plus que pour quelqu'un qui est condamné à une peine principale convertie en mesure. Mais ils sont en prison parce qu'aucune structure sécurisée, médicale, à l'extérieur, ne peut apporter du soin à des gens avec un fort risque de passage à l'acte. Ce sont ces structures-là qu'on a perdues lorsque la société a voulu se faire une bonne conscience en privant les milieux de soin d'une partie sécurisée.</p>
Entretien 6 :	<p>Sur le fond, je ne suis pas contre l'article. Je trouve même que c'est une bonne chose. C'est intéressant qu'on puisse ne pas mettre une peine à quelqu'un et donner une bonne raison à ça. Mettre une mesure évite qu'on mélange toutes les situations. Il y a vraiment des gens qui ont des problèmes psychiatriques et il faut vraiment qu'on puisse les repérer et se donner les moyens de prendre en charge ces personnes. C'est parfait jusque-là. Le problème, c'est que c'est beau sur papier, dans le Code pénal, mais les moyens n'existent pas. Le Code pénal considère les EPO comme un outil adéquat. C'est une très bonne théorie mais en pratique ce n'est pas du tout bien appliqué. À un moment donné ils ont arrêté de réfléchir et ce qu'ils essaient de faire, c'est à côté de la plaque. Je suis conscient que certains malades vont à leur perte s'ils n'ont pas de structure et les familles ne peuvent pas forcément les prendre en charge. Il faut s'occuper d'eux et pour cela, il faut du temps, de l'énergie et de l'argent. Ils sont arrivés dans cet état-là parce qu'ils étaient justement laissés à eux-mêmes pour la plupart. J'ai quand même l'espoir qu'ils arrivent à évoluer. La durée indéterminée je trouve que c'est normal parce qu'on ne peut pas déterminer une guérison, une stabilisation ou une amélioration étant donné que chaque personne a sa propre maladie, sa propre personnalité, son propre comportement. Mais après utiliser ça pour les empêcher d'évoluer, alors là, il y a un sérieux problème. Ça devient un argument pour expliquer la raison pour laquelle ils ne sortent pas. L'article est une solution de facilité : vous ne pouvez pas sortir, parce que vous avez un article. Comment expliquer à l'opinion publique que des personnes se retrouvent en prison pour avoir poussé quelqu'un dans un bar et qu'ils y sont depuis sept ans ? C'est tellement aberrant que ça paraît simple à expliquer mais pourquoi ce message ne passe pas, je n'en sais rien. Il y a un même eu une émission « <i>Mise au point</i> » sur les articles. C'était simple, mais en même temps tellement complexe et rapide, avec beaucoup d'informations. Les gens sont presque choqués de savoir qu'ils n'étaient pas au courant de ça mais une fois qu'ils le savent, ils ne font rien avec non plus. Il disent : « <i>c'est pas normal, c'est scandaleux</i> », ça choque parce que c'est un milieu qui est inconnu et en même temps qui fascine, mais qui fait peur et personne en parle vraiment. Quand les gens commencent à m'en parler, ils me posent une question, je réponds, ils reposent une question et ils commencent à se lasser, ça fait trop, on va recommencer un peu à rire. (Il rit). Les personnes les plus difficiles à gérer d'un point de vue thérapeutique ont fait pas mal d'hospitalisations, de foyers, d'hôpitaux. Ils ont fait des fugues, des bêtises. La plupart sont là pour des délits qui valent quelques mois de peine ferme, des petites bagarres, des petites choses à répétition. Il y a des gens qui se sont retrouvés dix ans ici pour des broutilles ! C'est devenu une sorte de psychose, « on les punit, les repunit, on les re-repunit ». Pour que les chefs des</p>

	services de placement puissent garder leur place, ils ne prennent aucun risque.
Entretien 7 :	<p>C'est complexe. (Il semble pris au dépourvu par la question). C'est une particularité du Code pénal, on doit faire avec la loi, mais après je n'ai pas fait d'études, je n'ai pas assez de recul, je ne peux pas trop me prononcer mais c'est clair qu'il y a des situations terribles. J'imagine que quand on a quelque chose comme ça qui nous tombe dessus, ça ne doit pas être facile à accepter. (Je lui demande de préciser à quoi il fait allusion). Certaines personnes, intelligentes, sont révoltées par cet article. (Il précise qu'il mélange parfois le 59 et le 64). Je me souviens de l'une d'elles qui appelait la nuit, quand ça n'allait pas. On la consolait et elle disait toujours : « j'ai une épée de Damoclès sur la tête, vous vous rendez pas compte, eux ils ont une date d'entrée, une date de sortie. Moi j'ai qu'une date d'entrée, je deviens fou ! ». Finalement elle avait pu sortir en appartement protégé malgré le fait qu'il s'agissait d'un cas lourd et tout allait bien. Mais un jour, elle est allée au Service pénitentiaire et s'est immolée. Elle devenait folle, comme un animal en cage, elle ne supportait pas cet article. Pourtant ce gars c'était un bosseur, il faisait des demandes complètes, bien décrites. (Il semble sous-entendre que la plupart des personnes qui ont un article ne sont pas forcément très intelligentes et ne travaillent pas). Je comprends que quand on ne voit pas de date de sortie sur sa fiche d'écrou, on ne puisse pas se projeter, ça doit être lourd à porter cet article. Cette personne nous avait tous marqués. Elle posait cinquante fois les mêmes questions : « pourquoi ce détenu qui a fait ça, il a pas eu d'article ? ». Je lui répondais que je ne connaissais pas toute son histoire, son passé, que le juge n'avait certainement pas pris cette décision seul. Je ne sais pas comment se prennent ces décisions, mais c'est sûrement pas à la légère. Je lui disais : « je peux répondre à vos demandes mais pour votre article, je n'y peux rien. Je peux écouter ce que vous me dites, mais je ne suis pas Dieu, je n'ai pas la baguette magique pour qu'on vous l'enlève. » Mais c'est là que je me suis quand même rendu compte que pour quelqu'un qui est lucide, ça doit être quand même dur. C'est cyclique. Durant certaines périodes, ils ont plein de questions, ne vont pas bien puis plus rien et puis ça recommence.</p>
Entretien 8 :	<p>Il n'y a pas de lieux appropriés pour les articles 59 et il s'agit d'une mesure dont les détenus ne savent pas la fin. Tout cela complique les choses. Même nous, en tant que « normal », on n'arrive pas à être bien toute une vie. On a toujours des hauts et des bas. Certaines personnes n'ont rien à faire en prison, la détention est juste pathogène. On leur demande d'être « au top » tout le temps pour faire lever l'article, mais personne n'y arrive ! Ils font une partie du chemin, ils font des efforts, ils essaient mais ce sont des êtres humains, au bout d'un moment ils chutent, parce qu'il y a eu un événement par exemple et on repart à zéro. On ne sait plus comment faire. De temps en temps on arrive encore à en sortir, à faire lever l'article (c'est le Juge d'Application des Peines qui prend cette décision) et ça ne peut que bien se passer. Parce qu'ici, on ne peut plus rien leur apporter, ce n'est pas la prison qui peut les sauver, bien au contraire.</p>

Nous pouvons constater que les questionnements entourant l'article 59 CPS sont multiples et complexes. La durée indéterminée de cette mesure, le milieu carcéral inapproprié pour les personnes concernées, le manque d'infrastructures adaptées ou encore les prises en charge adéquates quasi inexistantes rendent le suivi des détenus astreints à cette mesure thérapeutique difficile. La prison péjore leur état de santé et ne permet pas

d'acheminer vers un travail thérapeutique bienfaisant. La grande majorité des agents interrogés semblent très bien percevoir les nombreux effets néfastes que produit cet article sur le psychisme des personnes concernées. Ce qui est principalement relevé, c'est l'impossibilité de pouvoir se projeter. Le détenu ne sait pas quand il pourra espérer sortir et les autorités exigent de lui un nombre incalculable d'objectifs à atteindre et de décisions à respecter. L'article, comme le souligne l'agent dans le sixième entretien, devient alors une sorte d'alibi pour maintenir la personne incarcérée. Mais cela est vide de sens car en pensant protéger la société, la justice oublie parfois que l'enfermement à outrance ne fait qu'accentuer une sorte de révolte interne qui peut alors se traduire par de la violence. Le sentiment d'injustice éprouvé ne fait qu'accroître des états dépressifs, démissionnaires ou encore écorchés vifs. Les prises en charge en prison ne correspondent de loin pas à un accompagnement socio-thérapeutique. Les agents de détention qui côtoient tous les jours les détenus ne peuvent que réceptionner leur détresse ou leur colère sans disposer de temps et d'outils nécessaires à un suivi approprié.

6.6 Collaboration entre professionnels

Je ne souhaitais pas forcément aborder la question de la collaboration entre les différents professionnels car cela aurait pu faire l'objet d'un autre sujet de Bachelor. Cependant, à travers d'autres thématiques abordées durant mes interviews, de nombreux éléments ont été nommés par rapport à cela et particulièrement vis-à-vis du service médical. Au vu de l'abondante théorisation relative au travail des psychiatres et du personnel soignant, il apparaissait finalement pertinent de mettre en évidence les ressentis et les constations des agents de détention sur cette collaboration plus que complexe.

Entretien 1 :	La collaboration avec le médical n'est pas toujours évidente , notamment quand il faut faire respecter des règles de sécurité. Par contre, si un détenu ne se sent pas bien ou s'il a besoin d'un médicament, en général, il n'y a pas de souci. Les signalements des agents ont généralement du crédit, mais pas tout le temps. Avec les autres professionnels, il n'y pas de problème particulier.
Entretien 2 :	L'avis des agents n'est pas toujours pris au sérieux. Tout dépend avec qui on travaille. Il y a des gens qui changent, qui tout d'un coup me demandent mon avis alors que les autres jours on me disait : « <i>ouvre, ferme bonjour, au revoir</i> ». Mais je ne reste pas buter là-dessus si on me demande mon ressenti. Il y a deux ans en arrière, le service médical se disait plus haut que les agents et on était considéré comme des tourne-clés. Maintenant, ils se cachent moins derrière leur secret et sont plus ouverts aux informations des agents. On peut plus discuter, c'est un plus pour tout le monde. Après il y a des personnes avec qui on a plus ou moins d'affinité. Je n'ai pas besoin de connaître tous les petits bobos du détenu ou quelle pathologie il a, mais juste s'il est dangereux pour moi, mon collègue et les personnes externes. On donne volontiers des coups de main, pour motiver les gens, donner un coup de balai etc... pour autant qu'on puisse travailler ensemble et que les infirmiers participent aussi. S'ils restent assis et attendent que ça se passe, je ne suis pas leur larbin. On s'est fait réprimander parfois en disant qu'on ne devait pas nous occuper des détenus, qu'on était que des tourne-clés et ça reste quand même un mal-être entre les deux services.

Entretien 3 :	Le problème c'est que le médical et le sécuritaire sont deux staff différents. Dans certains pays, ils travaillent tous main dans la main tandis qu'ici, chacun garde son petit secteur.
Entretien 4 :	<p>Le secret médical est vécu comme une grande difficulté. Bien qu'on puisse le comprendre, quand ça fait des années que vous travaillez ici, c'est de la stupidité. On travaille ensemble, il faudrait le mettre de côté parfois ce secret, se transmettre les données et les agents pourraient aussi apprendre par rapport aux maladies, aux comportements. C'est un frein par rapport à la collaboration. Il devrait y avoir des contacts entre les surveillants et le SMPP car on travaille avec l'être humain, on n'est pas chez Nestlé. Il vaut mieux ne pas demander au médical quelles sont les raisons de cette mauvaise collaboration, ce serait assez tendu et je ne sais pas quelles excuses ils trouveraient. On n'a pas besoin de connaître tout le pédigrée d'une personne mais certaines informations. Tous les jeudis, le chef de maison et les psychiatres se voient et ils se transmettent les problèmes et essaient de les résoudre. Les psychiatres et le personnel médical prennent plus facilement en considération les demandes provenant des cadres, car ils sont plus proches de la direction. La collaboration est différente comparée aux autres agents. S'ils n'arrivent plus à faire façon d'un détenu et qu'ils savent qu'un cadre a un bon contact avec, ils l'appellent. Le psychiatre qui m'appelle moi ça ne me dérange pas du tout. Même dans une situation extrême ou tendue, les détenus savent à qui ils ont affaire. On fume des cigarettes dans sa cellule, il peut cracher son problème, se défouler, il ne va pas être violent avec nous. À partir du moment où il y a rupture avec le SMPP, il y a un autre lien qui se forme avec les sous-chefs ou les agents. C'est notre travail : garder ce lien, régler le problème différemment, convaincre le détenu de prendre sa médication. (Il se réfère beaucoup au traitement médicamenteux pour apaiser les personnes concernées). Le soir vous pouvez dire à votre femme que vous avez sauvé une personne, c'est des moments enrichissants (Il emploie le mot « sauver »).</p> <p>La collaboration avec les criminologues et les assistants sociaux est très sympa. Ils viennent voir les détenus, ont conscience de leur réalité, contrairement à la CIC par exemple. Ils nous téléphonent aussi parfois, pour nous demander notre avis. C'est dommage que les assistants sociaux ne soient pas assez nombreux car ils vont encore plus loin que nous, dans la vie intime du détenu. Ils parlent de leur famille, leurs enfants et de tous les problèmes qui entourent le détenu. C'est un travail qui n'est quand même pas facile et ils ne peuvent pas tout faire. Aux EPO, le service social et les criminologues c'est la même entité. Le SMPP c'est une entité différente dirigée par le même grand dalaï-lama depuis vingt ans (il fait référence à Bruno Gravier). Si on lit ses articles, on a l'impression que c'est l'Eden. Déjà il y a vingt ans en arrière, on m'avait dit : « <i>ici c'est le médical qui commande et après le directeur</i> ». Aujourd'hui, c'est toujours le même qui fait la pluie et le beau temps alors que les directeurs aux EPO, il y en a eus en tout cas cinq ou six et les Chefs de maison aussi ont changé. Le SMPP c'est puissant, ils ont le bras très long. Tandis qu'au SPEN, on a eu une évolution dans notre système. Les lignes de conduite changent, tantôt plus axées sur la sécurité, tantôt plus axées vers un régime moins stricte etc...</p> <p>Une personne décompense, on avertit, on voit le changement, on la côtoie tous les jours, elle n'est pas comme d'habitude, le SMPP attend la dernière minute, le passage à l'acte pour réagir. On sait que la personne devra avoir une injection de neuroleptiques à un moment donné. On voit que ça se dégrade et les psychiatres, en cinq minutes, ils font un diagnostic. Ils</p>

	<p>arrivent à dire si c'est de la violence ou une décompensation, s'il faut augmenter les doses (de médicaments). On a de la peine à comprendre, même s'ils ont fait des hautes études. Et souvent le résultat derrière prouve qu'ils se sont trompés. Parfois ils attendent jusqu'à ce qu'on doive appeler le DARD parce que la personne agresse ou casse tout dans la cellule. Je veux bien, il y a quatre psychiatres et psychologues pour trois cents détenus mais il n'y a pas tous les jours des urgences. Et il y a tout un staff infirmiers qui peut s'occuper des petits bobos et de la grippe. Durant ces moments d'attente, la personne souffre, elle peut être violente, elle voit des démons dans la cellule, elle appelle à l'interphone... C'est l'inconnu quand on ouvre la porte. Ça ne veut pas dire qu'ils ne font pas leur travail ou qu'ils n'entrent jamais en matière mais souvent, ils tardent. C'est aussi difficile pour eux peut-être. Le weekend, le piquet infirmier vient mais il ne peut pas prendre de décisions. Ils doivent demander à « <i>papa</i> » au-dessus pour avoir le feu vert d'agir. Et le médecin cantonal ne connaît pas forcément le dossier, il perd une heure, deux heures. Après il faut faire vite mais qu'est-ce que ça veut dire vite ? La personne va être hospitalisée soit au Linz hospital à Berne, soit à l'UHPP à Genève. Si c'est vraiment une urgence, ça peut être le CHUV aussi. Mais souvent il n'y a pas de place et si c'est un vendredi, il faut attendre jusqu'à mardi et en attendant, c'est les surveillants qui la prennent en charge. Les ouvertures de cellule deviennent alors souvent difficiles, la personne nous envoie de l'urine, des excréments, nous crache dessus... Parfois je me demande si les frontaliers ont la même formation, le même métier qu'ici ou s'ils viennent pour « <i>se la couler douce</i> » et pour le salaire. Quand on voit ce qui se passe on peut se poser la question. Pour un Dafalgan, parce que ce n'est pas une urgence, on attend des heures avant de l'obtenir alors qu'un infirmier pourrait descendre en amener un ou un surveillant pourrait monter à l'infirmerie pour en chercher un. La collaboration commence par là. Ils ne sont pas engagés que pour des urgences ! Depuis la Colonie on dit au détenu qu'on a averti le médical à Bochuz. Des promesses au départ qui sont pas tenues et c'est le surveillant, le blaireau qui doit dire dix fois au détenu qu'il a appelé le médical et que rien ne se passe. Je n'ai pas une dent contre le SMPP, ce sont des faits. Il y a des choses qui ne vont clairement pas donc après ne me parlez pas des 59, 64, de prise en charge etc...</p>
Entretien 5 :	<p>Avant les infirmiers et les infirmières étaient engagés par la direction de l'établissement. Il n'y avait pas de service médical. On était donc des collègues directs, on savait de quoi et de qui ils parlaient, on savait quelle maladie avait telle ou telle personne. Après est arrivé le Service Médical Psychiatrique Pénitentiaire avec M. Gravier, qui était en train de faire son doctorat pour avoir son titre de Professeur et qui a voulu un petit peu ruer dans les brancards et mettre un secret médical très lourd, très fort. Il a dit : « <i>je travaille entre le Service pénitentiaire Vaud et le SMPP Vaud en conflictualité constructive</i> ». Alors cette conflictualité constructive, on l'a eue de plein fouet. Tout était caché, c'était que du non-dit. On travaillait les uns contre les autres. Après M. Gravier a eu son titre de Professeur et on a eu des infirmiers, des docteurs, qui sont venus travailler avec nous. Ils ont dû retrousser les manches et ils ont compris la difficulté et les enjeux qu'il y avait entre le patient prisonnier et le prisonnier patient. Et là, il y a eu un doux équilibre qui a dû être fait. Les surveillants ont dû faire le poing dans la poche et comprendre que le monde médical n'avait pas la baguette magique. On est maintenant sur un même niveau et on comprend les besoins et le travail de chacun. De manière hebdomadaire, j'ai une séance avec les médecins-psychiatres où on</p>

	<p>parle de tous les patients. On ne parle pas de leurs pathologies mais de comment ils fonctionnent. Mes appréhensions, mes aprioris, mes perceptions, c'est un apport que je fais au SMPP comme le SMPP me dit d'être attentif à M. X, qui est moins bien pour telle ou telle raison, sans pour autant décrire sa pathologie. Je n'ai pas besoin de ça, j'ai besoin d'interactions et pour cela on est vraiment bon maintenant. Je suis de plus en plus agréablement surpris. Bien sûr, on ne peut pas être d'accord sur tout, on a parfois des différends mais c'est la même chose avec mes cadres ou mes collaborateurs. On n'a pas toujours les mêmes perceptions et à un moment donné on se dit les choses, dans le respect. Il y aura toujours des ricanements par derrière : « <i>le médical veut rien nous dire</i> » etc... Mais en général, c'est une collaboration très solide. Je ne crois pas qu'il faille à nouveau dire que le secret médical est un problème. Ce n'est en tout cas pas un frein. On le voit lors du TEDAR¹², le médical est proactif. Il nous avertit quand un détenu refuse sa médication par exemple. C'est du pain bénit pour nous. Avant il n'y avait pas ce genre de communication. J'ai vu une sacrée évolution. J'ai vécu l'époque où on était vraiment des collègues, l'époque où on a eu ces gros conflits, cette séparation, ce clivage radical et aujourd'hui où on revient sur ce que j'ai connu avant quand on avait nos collègues avec plus de professionnalisme. Par contre, on n'a plus d'infirmiers « gros bras », qui ont connu les hôpitaux psychiatriques fermés où il fallait de temps en temps retrousser les manches et parfois maîtriser les gens et les piquer. Maintenant, ils ne connaissent que l'hôpital tout rose où on ne prend pas en charge un pensionnaire dans une phase dépressive profonde ou une schizophrénie intense. Ils sont tellement démunis par rapport à la violence physique que leurs patients peuvent avoir. Avant, le service médical et les agents représentaient un seul staff qui assumait les deux aspects : soin et sécurité. Maintenant, il s'agit de deux entités complètement différentes, avec des chefs et des missions complètement différentes. Les agents de détention se reposent parfois sur le médical et mettent la faute sur eux si la maladie réapparaît. Mais les psychiatres n'ont pas la baguette magique et le médicament n'est pas non plus une baguette magique. La gestion humaine est déjà difficile et le détenu lui-même ne peut pas contrôler sa pathologie.</p>
Entretien 6 :	<p>Il y aura toujours des prises de pouvoir et un combat entre le pénitencier et le médical. Dans une ambiance sereine et saine, les gens qui ont des problèmes psychiatriques s'en sortent de toute façon mieux. Ils ont vraiment besoin de calme, d'assurance, de voir qu'on s'occupe bien d'eux et que ça se passe bien autour, qu'ils sont dans un cadre rassurant. Dès qu'il y a des conflits d'intérêts entre certains services, automatiquement c'est très marquant pour eux, ils remarquent tout de suite les tensions. Et là on est justement dans un milieu qui engendre forcément toutes ces querelles. Il y a trois médecins qui se courent après, ce qu'ils font c'est une aberration, il n'y a aucun soin, il ne faut pas rêver ! Certains infirmiers, tu dois leur rappeler le problème qui concerne la personne. Ils n'ont pas lu les dossiers ? Ils leur manquent des informations ? Ils n'arrêtent pas de défendre, d'argumenter pour dire que les choses sont bien, que le travail se fait. Bruno Gravier ne va jamais aller devant une tribune et dire : « <i>on est inefficace, il nous manque du monde, on a tel et tel problème</i> ».</p>
Entretien 7 :	<p>Le médical ne nous dit pas tout à cause du secret mais il y a quand même un dialogue, un échange, une collaboration. Ils nous disent par exemple : « <i>il y a un changement dans sa médication, on en train de régler son traitement, c'est normal s'il y a</i> ».</p>

¹² Tableau d'Encadrement des Détenus à Risques

	<p><i>des changements d'humeur, il faut le laisser tranquille, l'ignorer</i> ». Ils signalent les grèves de la faim et les menaces de suicide et instaurent des passages obligés la nuit pour s'assurer que tout va bien. Ils nous disent s'il faut avoir un œil sur tel et tel, s'il faut être attentif. De notre côté, on peut dire au médical si quelqu'un mange moins ou reste plus en cellule etc... Peut-être que ça peut les aider. S'il y a un problème à l'infirmerie, on monte pour la sécurité. Le soutien d'un collègue ou d'un chef lorsqu'un détenu pète les plombs, c'est important. On ne prend pas la même direction avec quelqu'un qui a tout son esprit. On parle, on donne des coups de main. Mais c'est clair que d'avoir parfois une autre personne qui arrive à un moment, ça peut aider, il y a d'autres idées, d'autres paroles et peut-être un autre feeling. J'ai appris que dans les hôpitaux psy, s'il y a trop de dangerosité pour eux, pour la population, ils mettent les gens en prison. Avant, il y avait plus ou moins des secteurs sécurisés. Certains quand ça commence à monter, on sait qu'ils ont des vaccins et ça va de nouveau. Alors on ne rentre pas dans le détail de ce qu'il y a dedans mais ils ont leur injection, ils ne vont pas bosser, on les laisse tranquilles. Les barquettes sont bien pleines. Je ne suis pas médecin mais ils ont fait des études alors j'imagine qu'il y a un sens s'ils prescrivent ça. Ils en ont besoin et ça peut peut-être éviter qu'ils pètent les plombs, qu'ils pleurent tous les soirs dans leur cellule. Ça les stabilise, ils fonctionnent plus ou moins bien. Finalement tout le monde y trouve son compte, et eux, et nous. Mais il y a un juste milieu, ils ne bombardent pas de médicaments quelqu'un. Ça arrive qu'ils ne veulent plus prendre de médication et tout d'un coup on voit qu'il y a un changement de comportement, on se dit « <i>il est tout bizarre</i> ». Alors là ils font des colloques avec des psys, des infirmiers et après ils doivent convaincre la personne de reprendre. Durant les weekends et le soir, ce sont les agents qui gèrent la distribution.</p>
Entretien 8 :	<p>Le cheval de bataille, c'est la fameuse scission entre le médical et la sécurité. En tant qu'agent, on ne veut pas lever le voile sur le secret médical, qui a évidemment toutes ses raisons d'être. Là où on s'est toujours battu, c'est qu'on voudrait qu'on nous dise : « attention, on a augmenté ou diminué la médication, il peut arriver ça et ça », ça ne touche pas beaucoup au secret médical. Cette prise en charge des cas psys, c'est ce qui nous prend le plus de temps, d'énergie, de triangulation parce que ça touche des domaines et des secteurs bien différents. Une prise en charge pluridisciplinaire, en absolu sur le papier, c'est tout rose, mais maintenant dans la pratique, on en est loin. On donne du crédit à ce qu'on dit mais pas de la bonne manière. Ça se passe bien par les liens qu'on a créés avec le médical, mais au niveau des liens personnels comme on avait à l'époque, ça devient extrêmement compliqué. On a beaucoup plus de monde au médical, ça change toutes les semaines, on ne les connaît plus et ce lien qu'on avait il a disparu. Avant c'était toujours les mêmes personnes, le secret médical était respecté mais entre les portes, on se disait les choses. De notre côté c'était la même chose, on leur disait par exemple : « <i>lui ne va pas bien, qu'est-ce qu'il y a ?</i> ». On laissait de côté la filière « normale ». On arrivait à avoir beaucoup plus d'informations, mais ce temps-là est révolu, on perd les contacts. Tout le monde veut se protéger, ça ferme pas mal de porte. 80% du personnel médical sont des frontaliers. Je n'ai rien contre eux mais pour des personnes suisses qui ne sont pas franchement bien rémunérées, les frontaliers y trouvent leur compte. Mais même avec l'argent, il ne reste pas longtemps non plus donc c'est franchement un boulot qui doit être compliqué. Le moindre changement, la moindre demande prend un temps incroyable</p>

	<p>parce que toutes les parties doivent être concertées, tout le monde doit donner son aval. On a une perte de temps et d'informations énorme et ça ne va pas aller en s'améliorant. Avec l'affaire Adeline, on a fait un bond en arrière incroyable. Les juges, l'Office, tout le monde est redevenu frileux. Le système est en pénurie de plein de choses, notamment de personnel. C'est toujours un agent qui en prend plein la « <i>tronche</i> », qui est confronté à un détenu qui ne comprend pas pourquoi, qui trouve que tout est contre lui. Ça concerne tous les domaines : problème avec la cuisine, une erreur de comptabilité... On n'a plus aucun contrôle sur rien, beaucoup de choses sont laissées en suspens. Les nouveaux agents forment d'autre nouveaux, en un mois et demi on a « <i>foutu par terre</i> » tout ce qu'il y avait avant à la Colonie ces dix dernières années. On a voulu ouvrir absolument un établissement (la Colonie fermée), on n'était pas prêt, les pressions étaient purement politiques, on n'a pas été entendu et depuis l'ouverture, c'est la gabegie ! On n'a pas été écouté, parce que le politique est beaucoup plus fort, beaucoup plus puissant. Et jusqu'à-ce qu'il arrive un truc grave, on ne sera pas écouté.</p>
--	--

Dans ce chapitre, les avis tantôt convergent et tantôt divergent vers des points similaires. Ce qui ressort principalement des discours des agents est la lourdeur du secret médical, qui est vécu comme un frein à la collaboration. Les informations transmises par le personnel soignant sont perçues comme insuffisantes et ne font qu'amplifier le clivage existant entre la surveillance et le service médical. Il semblerait également qu'il y ait un tournus important au sein des infirmiers, ce qui ne facilite pas la construction de liens continus. Certaines situations signalées par les agents ne sont pas tout de suite prises au sérieux et le secteur médical tarde parfois à réagir ce qui peut engendrer le recours à des méthodes extrêmes telles que l'intervention du DARD. D'une manière générale, les différents points de vue des agents se reflètent dans les chapitres de la théorie relatifs à cette complexe collaboration entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical. Les surveillants semblent parfois avoir des attentes quelque peu démesurées à l'égard des médecins et ces derniers ne sont pas toujours disposés à accorder suffisamment d'attention aux avis exposés par les agents.

6.7 Unité psychiatrique/Unité 7

Le pénitencier de Bochuz comprend une Unité Psychiatrique de huit places. Ce secteur fournit aux détenus atteints d'une maladie psychiatrique un encadrement particulier qui les protège du reste de la population carcérale. Des infirmiers y sont présents en permanence ainsi qu'une ergothérapeute depuis peu. Deux agents de détention sont également tous les jours sur place. À la Colonie ouverte, une division nommée « *Unité 7* » est destinée aux personnes les plus fragilisées, dans le but de les préserver de l'agitation du cellulaire. Cependant, aucun encadrement spécifique n'a été mis en place et le personnel médical n'y est pas présent. Il s'agit d'une solution alternative pour palier à cet éternel manque de lieux, de structures appropriées. J'ai demandé à chaque agent interrogé de m'exposer son avis, selon l'établissement dans lequel il travaille, concernant ces deux unités.

Entretien 1 : Bochuz	L'Unité Psychiatrique, ce n'est vraiment pas terrible. Il y a un sérieux manque d'activité, les détenus sont « parqués ». Ils ont leur traitement le matin, à midi et le soir selon les personnes. Deux ou trois activités proposées, mais à part boire le café et fumer, il n'y a pas grand-chose. Je trouve un peu malheureux qu'on ne les encourage pas ou qu'on ne les pousse pas à pratiquer quelque chose. Les agents sont là pour les ouvertures et les fermetures et pour l'aspect sécuritaire mais ils sont tout autant à l'écoute, si ce n'est pas plus que le médical qui s'occupe uniquement du planning quotidien. Les détenus préfèrent s'orienter vers des personnes qui sont plus à l'écoute et il y a certainement une part de désinvestissement du personnel médical. Il y a trois ans, les infirmiers étaient au sein du cellulaire dans l'Unité et poussait tous les matins les détenus à entretenir leur cellule. Actuellement, ça ne se fait plus ou très peu et ce n'est pas une bonne chose car ça ne les encourage pas à faire autre chose que de boire du café et fumer. Et l'hygiène, ce n'est pas un luxe. Certaines choses intéressantes se mettent en place, comme le nouvel atelier d'ergothérapie, mais il faut réussir à motiver les détenus.
Entretien 2 : Bochuz	À l'Unité Psychiatrique on est tombé bien bas, il faut vraiment améliorer. Quelques années avant, il y avait quand même une ligne de conduite. Les détenus se levaient, faisaient leur cellule, allaient à l'atelier, à la promenade, prenaient une douche, allaient au sport, prenaient leur repas etc... Malheureusement, on a voulu ouvrir le cadre, être plus laxiste avec ces gens, c'est leur droit, je n'ai rien à dire, mais maintenant les détenus ne sont pas obligés d'aller travailler et sont payés quand même. Donc ce qui leur reste à faire c'est le sport national de l'Unité Psychiatrique : café-clopes. Ils sont en état de végétation et ne veulent plus rien faire. On est obligé de faire preuve de psychologie pour les motiver. À l'époque, il n'y avait pas besoin car il y avait des sanctions. S'ils n'allaient pas aux ateliers, ils restaient en cellule, seuls et il n'y avait pas d'électricité à part de la lumière pour lire. Mais on enlevait tout le petit confort comme la télévision et la chaîne hi-fi et les repas se passaient seuls. Malheureusement la promenade restait car on ne pouvait pas tout individualiser. Ça les faisait réfléchir et au moins ils étaient actifs. Je ne suis pas le seul à penser ça, même certaines personnes du service médical sont d'accord. Le monde est fait de sanctions. Si je ne viens pas travailler, je reçois un blâme. Il faut aussi les mettre dans cette réalité. Avec beaucoup plus de laxisme car ce sont des personnes malades mais on se doit de les activer, de les motiver. Il faut trouver le bon mélange et faire du cas par cas car il y a des gens qui ont besoin de leur cocon pour être stables, de moins sortir de leur cellule. À ce moment-là on pourrait dire : « tu as fait l'effort de sortir, de travailler, de t'occuper une heure, alors tu peux partir ». On essaie de remonter la pente (de s'améliorer), il y a une ergothérapeute qui veut faire son atelier. Ils ont besoin de points fixes : d'un côté le « su-sucre » et de l'autre le travail. Les agents sont avant tout là pour la sécurité. La prise en charge de la personne détenue, c'est plutôt le service médical. Les malades psys ont besoin de discuter, d'être entendus, d'exister. S'ils se font du mal c'est appel au secours et peut-être une façon de faire passer un petit peu plus le temps, qui est assez long à l'Unité Psychiatrique, même pour les agents.
Entretien 3 : Colonie	L'Unité 7 c'est bien, mais il ne faut pas y laisser les détenus trop longtemps. Juste le temps qu'ils reprennent confiance, qu'ils soient stabilisés au niveau de la médication et après les remettre avec les autres détenus. Là on a des gens qui stagnent.

Entretien 4 : Bochuz	<p>Vous pouvez passer une journée entière au sein de l'Unité Psychiatrique, le service médical n'est pas à sa place. On a l'impression que c'est hyper mal géré, que les infirmiers ne prennent pas en charge les détenus. Ils sont présents, point barre. Ils restent assis derrière l'ordinateur, le journal à la main et « n'en foute pas une » et ça fait des années que ça dure. Ça ne sert à rien de leur donner des médicaments et un jeu sur la table. Ils ne les occupent pas, les laissent ouverts et les détenus se promènent dans le corridor et sont livrés à eux-mêmes. Parfois ils vont dans la cellule de quelqu'un d'autre, qui est encore plus malade. Et qu'est-ce qu'ils font ? Ils fument des cigarettes et des « pétards ». On sait très bien qu'ils fument du cannabis et souvent on s'est aperçu que les cas psychiatriques de l'Unité Psychiatrique, dès qu'ils fument un « joint » ils décompensent facilement, beaucoup plus rapidement. Je ne suis pas médecin mais apparemment ce n'est pas trop compatible, les neuroleptiques et le cannabis. Je ne pense pas que ça va très bien ensemble. Et eux, ils sont persuadés que oui. Ils disent que ça les détend, qu'ils se sentent bien mais nous on s'aperçoit qu'ils décompensent grave. Je me souviens d'une personne, quand elle parlait, on ne savait pas quel langage elle utilisait, c'était une langue inconnue, très rapide, avec certains mots français. C'est impressionnant ce que le cerveau arrive à faire. Quand vous êtes confrontés à ça vous vous dites : « <i>oulala, la lumière au galetas elle s'est vraiment éteinte et méchamment</i> ». (Il marque un silence). C'est bluffant mais c'est de l'expérience et un acquis de voir ça. C'est bien parce qu'on voit la réalité des choses et on peut les comprendre différemment après.</p> <p>Les deux surveillants présents sont là uniquement pour la sécurité mais l'idéal serait une unité de vie où les surveillants auraient une double casquette et travailleraient ensemble, avec le SMPP. Mais les colloques durant lesquels ils discutent de la semaine de l'Unité se déroulent porte fermée alors que ce serait logique que les surveillants y participent. Ce sont eux qui ont des contacts avec le détenu et répondent à leurs demandes. On devrait être uni et travailler main dans la main. Là ça ne peut pas fonctionner, on fait avec les moyens du bord, on rafistole. C'est du pipeau ce qu'on est en train de faire dans cette Unité Psychiatrique et ce n'est pas viable pour les détenus. Dès qu'une personne répond un peu mal, est arrogante, sans qu'elle ne décompense forcément, les infirmiers nous demandent tout de suite de la fermer en cellule. C'est facile ! Est-ce que les détenus méritent ça ? Est-ce que l'endroit a vraiment été créé pour ça ? Est-ce qu'il n'y a pas d'autres moyens ? Est-ce que les moyens sont trop coûteux ? Non, car il faut peu de choses pour que ça se passe bien, que ce soit un minimum correct et que chacun s'y retrouve. Se réunir autour d'une table, discuter avec le détenu, autant les infirmiers que les surveillants pourraient le confronter à son problème, le raisonner, discuter. Faire un peu ce qu'il n'a peut-être pas eu, c'est-à-dire des parents, mettre un cadre. On garde l'image que les gens sont parqués dans cette Unité alors qu'il faudrait faire progresser la personne. Même si on essaie des choses et que ça ne fonctionne pas forcément. On a eu plein de détenus qu'on a essayé de mettre dans un autre secteur. Tout d'un coup ils décompensaient, on les remettait à l'Unité Psychiatrique un moment et d'une fois qu'ils étaient mieux, on les refaisait progresser. En agissant de la sorte au moins leur mode de vie change et ils voient que ça bouge et c'est important je pense pour un détenu. Certains infirmiers disent eux-mêmes : « <i>on se barre de la Psy, on n'en peut plus</i> ». Il y en a beaucoup qui ont arrêté, qui ont été ailleurs. Vous savez un moment donné quand vous ouvrez un petit peu le caquet, je pense qu'on vous fait comprendre qu'il faudrait juste aller voir un peu ailleurs, parce que vous serez mieux. Alors que c'est des</p>
-------------------------	--

	personnes peut-être pertinentes, il y a des gens qui ont aussi envie que ça change. Bruno Gravier doit savoir qu'il y a un problème, alors quand il y a un problème, on fait en sorte d'y remédier.
Entretien 5 : Bochuz	L'Unité Psychiatrique est composée de huit places, pour trois-cent détenus dont soixante ont un potentiel psychiatrique avéré, sans compter les autres détenus qui n'ont pas une mesure mais qui ont certaines souffrances, des dépressions. L'enfermement entraîne d'autres maladies. Le burnout existe aussi chez les détenus, tout comme les pathologies que vous et moi ne sommes pas à l'abri de développer par l'éternel travail, le quotidien et le stress permanent qu'on vit. Cette Unité Psychiatrique doit aussi pouvoir traiter et offrir du soin aux gens qui n'ont pas forcément une mesure 59 ou un 64. Huit places, qu'est-ce que c'est ? Un sparadrap sur une jambe de bois, un placebo ! Et en plus, cette Unité Psychiatrique qui se voulait être occupée par des détenus sur un mode volontaire, ça n'a jamais pu être réellement fait car quel est le détenu qui pourra admettre qu'il souffre de schizophrénie paranoïde ? Ce n'est juste pas possible. Alors on traite l'urgence, la crise, mais à long terme, le quotidien il sera quand même dans le milieu pénitentiaire proprement dit. En prison, on met avant tout l'accent sur la réinsertion. Avec les pathologies dont certains détenus souffrent, avant de pouvoir imaginer de les insérer ou les remettre dans la société, il faut les soigner, les traiter, donc on n'est pas nous à même de faire ce job-là. Et je m'excuse mais ce n'est pas avec trois psychiatres que compte actuellement le SMPP aux EPO qu'on va pouvoir faire du soin avec plus de trois cents personnes sur le site.
Entretien 6 : Colonie	J'ai vraiment de la peine à accepter qu'on utilise les ateliers de réinsertion et l'unité 7 comme vitrine pour dire : <i>« regardez, on arrive vraiment bien à s'occuper de ces personnes »</i> . L'unité 7 est une unité vraiment banale, qui n'a rien de plus les autres mais on en fait quelque chose d'extraordinaire. C'est de la poudre aux yeux ! On ne fait pas ça pour s'occuper des gens, on le fait parce qu'on n'a pas le choix. C'est des sparadraps pour cacher les bobos mais pas pour les soigner, si ce n'est les protéger un petit peu. Non seulement on cache la merde au chat mais en plus, on utilise ça comme étant un argument pour promouvoir le fait que ces gens sont au bon endroit ici. Ça fait presque effet contraire du coup. D'ailleurs, je me pose parfois la question de savoir si finalement, j'ai eu raison de faire cet atelier. Mais si je ne le faisais pas, je ne sais pas ce qui ferait sortir ces gens-là. Et l'Unité psychiatrique de Bochuz est un milieu totalement hermétique, comme semble l'être Curabilis, très carcéral, très enfermé.
Entretien 7 : Colonie	L'Unité 7 est quand même une bonne chose pour certaines personnes. Ça leur permet d'être un peu au calme, ça peut les aider , ils nous le disent. Pour les personnes d'un certain âge aussi, ils sont loin des petits jeunes qui mettent la musique, qui gambadent, qui crient. Les autres détenus (dans les autres divisions) nous disent qu'ils savent très bien qu'on met les fous dans cette Unité 7. Ils utilisent toutes sortes de termes pour les critiquer et disent <i>« en tout cas moi je vais jamais là-bas en haut parce que tout va bien »</i> .
Entretien 8 : Colonie	L'Unité 7 a eu fonctionnée quand elle était utilisée en tant que telle, pour les gens qui avaient besoin de se reposer, qui avaient besoin de plus d'attention, d'horaires un peu différents. Il y avait un spécialiste qui était tout le temps sur l'étage, les repas étaient différents aussi, ils avaient leur propre cuisinette. C'était vraiment une aide à part entière. Ce n'était pas facile pour les spécialistes qui étaient là-haut, parce que les demandes étaient quotidiennes et plus difficiles à gérer, mais ils

avaient « <i>que</i> » cette division à gérer. Maintenant c'est tout le monde à tout moment qui est susceptible d'intervenir.
--

L'Unité Psychiatrique de Bochuz semble être globalement assez mal perçue par les agents. Le manque d'activité et de stimulation sont les premières critiques mises en avant. Une nouvelle fois, le peu de collaboration entre le SMPP et la surveillance est mentionné à plusieurs reprises. Ces différentes remarques rejoignent les propres constatations que j'avais moi-même pu faire lors de mes journées d'observation au sein de cette Unité (chapitre 3). De plus, elle n'est composée que de huit places ce qui ne permet aucunement de répondre aux besoins des personnes en souffrance psychique. Quant à l'Unité 7, elle est elle aussi perçue comme une sorte de sparadrap permettant de pallier à l'absence de secteurs et de professionnels spécialisés dans la prise en charge des détenus ayant une pathologie psychiatrique. C'est la nécessité de pouvoir écarter les personnes malades du reste de la prison qui est à l'origine de sa création, afin d'éviter qu'elles ne subissent trop de pressions, de moqueries voire d'agressions. Bien que par ce biais, elles semblent quelque peu épargnées, rien n'a réellement été réfléchi et agencé dans cette Unité pour leur offrir un encadrement socio-thérapeutique. Les détenus concernés se retrouvent alors livrés à eux-mêmes.

6.8 Prises en charge préconisées

Pour compléter les réponses obtenues dans le chapitre précédent, j'ai incité les agents de détention à évoquer ce qui, selon eux, pourrait s'apparenter à une prise en charge adaptée aux besoins et aux spécificités des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique. En effet, plusieurs surveillants ont relevé le fait que ces dernières n'avaient pas leur place en prison. Dès lors, quelles structures, quel accompagnement devrait être envisagés pour cette partie de la population carcérale ? La présence d'éducateurs sociaux en exécution de peine permettrait-elle de pallier à des manques éventuels ? Pourrait-elle amener des bénéfices ou au contraire, serait-elle superflue ?

Entretien 1 :	Certaines personnes ont leur place en prison, d'autres seraient mieux en foyer. Par exemple, quelqu'un qui a certes un fonctionnement particulier, des coups de gueule de temps en temps et quelques problèmes de frustration mais qui n'est pas violent autrement, qui n'a pas l'air d'être dangereux outre mesure. La dangerosité est un critère qui détermine si un détenu mérite d'être en foyer ou non. En prison, avoir des personnes qui seraient plus disponibles, comme des éducateurs, serait positif et bénéfique mais pour les détenus, pas pour les agents. Ça n'empêchera sûrement pas les détenus d'aller vers certains agents et ça risque de diminuer peut-être le côté relationnel. Les agents feraient alors office de porte-clés.
Entretien 2 :	Les détenus qui n'auraient pas leur place en prison, mais en foyer ou dans une « maison spécifique à ça », sont ceux qui sont « hors réalité terrestre », qui se parlent à eux-mêmes, qui ont douze copains dans leur tête, qui ont des problèmes d'hygiène très forts, qui se « légument », qu'on doit de plus en plus assister. Par contre, les détenus qui ont des maladies psychiques, qui se soignent, mais qui ont quand même « créé » un acte grave, ils doivent payer leur dette à la société. Ils ne sont pas hors réalité, ils savent ce qu'ils ont fait. Ils sont bien en prison, on a des services qui tiennent la route même si on peut toujours s'améliorer. Ça devient un problème récurrent d'infrastructures, on essaie de « <i>pâler</i> » (il utilise ce terme à la place de « <i>palier</i> ») à ça, mais ces personnes on ne peut pas les laisser partir comme ça. Certains le fait de les ouvrir dans un foyer,

	<p>d'ouvrir le cadre, ils en ont profité pour filer. La personne doit rester en prison tant qu'elle n'a pas payé sa dette et doit se soigner avant de faire sa peine. Le médecin signe son bon (sous-entendu bon de sortie ? Ce n'est pas tout à fait correct, tout ne dépend pas du médecin), on ne va pas la garder pour la garder, il y a un temps pour tout, on est déjà plein de chez plein. C'est difficile de dire si ce serait bien ou non d'avoir des éducateurs. Je n'ai pas assez de recul. S'ils veulent venir, pourquoi pas, je leur laisse ma place (il rit) mais on peut jouer avec les aspects sécuritaires, le social, l'empathie, soigner des blessures, ramasser des excréments, écouter, accompagner dans une dépendance, remonter le moral... Tout ça fait partie de la beauté du métier, de notre travail et il ne faut pas nous l'enlever. Sinon on s'appellerait pas agents de détention mais surveillants, car tourner des clés tout le monde peut le faire. On ne peut pas agir n'importe comment ou entrer dans le délire ou la folie de quelqu'un. Après peut-être que les éducateurs seraient en tenue civile et qu'il y aurait moins de craintes de la part des détenus.</p>
Entretien 3 :	<p>En milieu carcéral, tout le monde est mélangé. Les détenus sont là pour payer leur dette à la société et dans ce mélange, on prend les personnes malades et on essaie de les gérer d'une manière différente. Mais il faudrait un hôpital pour les soigner avec des gens vraiment spécialisés là-dedans. Si c'était facile, le problème aurait été réglé. Maintenant faire des prisons avec des secteurs psychiatriques et les laisser enfermer dans un coin, je n'y crois pas, ce n'est pas bien. C'est comme si on les parquait dans un endroit, dans le coin des fous. À l'hôpital on essaie de les stabiliser, mais ensuite il faut les mélanger à tout le monde, c'est plus humain. Je pense notamment à un cas lourd, s'il est qu'avec des gens qui ont ces problèmes-là, il s'enferme comme une huître alors que quand il est parmi d'autres, ça le booste un peu, il explose moins, il est contenu par ses codétenus. L'idéal serait un petit village formé par des unités de vie avec des ergothérapeutes, des infirmiers et des gens qui ont la fibre sociale et qui s'occuperaient, par exemple, de l'agriculture. La présence d'éducateurs empêcherait à des personnes comme moi, d'amener leur expérience de vie et de mettre leur temps au profit de ces gens. À l'époque on les enfermait, on les attachait, on leur mettait des camisoles de force. Maintenant on essaie de faire évoluer les prises en charge, de mettre des outils en place pour combattre la maladie sans les attacher et sans les « médiquer » à fond, parce qu'on en fait des légumes sinon. En Suède et dans les pays du Nord, il y a des petites unités composées de toujours les mêmes équipes. C'est un pool qui est toujours autour d'eux, comme à l'époque dans les hôpitaux psychiatriques. Mais maintenant les cas lourds, qui ont commis des délits, on ne les veut plus en hôpital alors ils sont parachutés en prison et on doit faire avec. Il faut les considérer comme des humains normaux et non comme des bêtes. La prise en charge est compliquée au quotidien, il n'y a pas d'unité de vie mais des ateliers de réinsertion et celui qui se trouve dans la division D, à Bochuz, mais ça ce n'est que la partie « travail » de la prise en charge. Ce serait bien d'avoir des maîtres socio-professionnels (MSP) pour les ateliers de réinsertion mais cela coûterait trop cher par rapport aux chefs d'atelier qui sont des agents de détention et ça fermerait la porte à des personnes qui ont néanmoins une expérience de vie. Un établissement comme Curabilis peut être positif, avec une bonne prise en charge et une fois prêts, il faudrait remettre les gens dans la société, mais j'ai des doutes... Il y a des projets d'hôpitaux carcéraux, notamment sur le site de Cery, mais je ne suis pas vraiment convaincu par ce qui va se mettre en place. Cela reste</p>

	<p>problématique car il y aura de plus en plus de gens qui ont des troubles même si les malades psychiques ont toujours existé. Dans chaque village, il y avait une ou deux personnes avec des troubles et on s'en occupait, on ne les fermait pas. Si elles faisaient des bêtises ou dépassaient les bornes, on leur « <i>foutait une trouille bleue</i> » et on les avertissait : « <i>si tu recommences, on te tape sur les doigts</i> ». (L'agent n°5 avait également mis en avant cela dans une autre question).</p>
Entretien 4 :	<p>Les personnes qui souffrent de maladies psychiatriques n'ont pas leur place en prison, bien sûr que non. Il devrait y avoir des hôpitaux spécialisés, mais souvent on nous dit qu'ils sont trop violents. Il faut avoir un entourage, une sécurité qui fait que la violence peut être maîtrisée. Mais ça peut l'être dans un hôpital, il peut y avoir un service sécurisé, comme partout. Qu'on ne vienne pas nous dire des salades. Il faut mettre ces malades dans des unités de vie ou même un hôpital carcéral, vraiment adapté avec un entourage qui permet justement de faire évoluer ces gens. Il faut valoriser les liens avec la famille, s'il y en a une. Là il n'y a pas de sortie, c'est fermé, il n'y a pas d'encadrement. C'est difficile de penser qu'une personne qui est vraiment malade puisse se gérer seule dans la société. Certaines n'y arriveront jamais. Toute leur vie elles auront besoin de quelqu'un derrière elles, de médicaments ou d'un encadrement. Mais je ne dis pas pour autant qu'il faut les fermer dans une institution, la question n'est pas là. Ce serait une prise en charge similaire à celui qui va chercher sa méthadone. Il irait chercher son médicament, s'il n'a pas de maladie extrême. (Il parle d'une prise en charge ambulatoire). Je pense que dans la société ça pourrait aller sans problème, tant qu'il prend le traitement. Après ce qui nous inquiète, on le voit ici, c'est quand ils décident de stopper la médication parce qu'ils ne supportent plus ou qu'ils pensent qu'ils n'en ont plus besoin. Et c'est là qu'il y a des dérapages et qu'il y a un risque pour la société aussi peut-être. Maintenant il y a Curabilis, on commence à penser autrement, mais ça reste carcéral. Le but n'est pas de les garder pendant dix ans. Un 59, normalement il finit en institution. Un 64 passe en 59 puis en institution, on a déjà eu le cas. On a l'impression des fois que ce sont un peu des cobayes ici. Quelqu'un qui est pendant trois ans à l'Unité Psychiatrique, ça n'a aucun sens ! Ils font quoi ? Des tests psychiques ? Des tests de neuroleptiques, de médicaments ? 3 x 365 jours dans un endroit carcéral psychiatrique, sans évolution, sans rien ? Où la personne en plus est sur-médicamentée, c'est un légume tous les jours ? Mais ça n'a aucun sens !</p>
Entretien 5 :	<p>Je ne sais pas si nous avons suffisamment de temps, de moyens et de connaissances pour encadrer les détenus souffrant de maladies psychiques. C'est une bonne question. Mais je m'en pose une autre : est-ce qu'actuellement les structures carcérales et le fonctionnement de l'institution correspondent encore à ces gens ? C'est une chose qu'il faut aussi remettre en question. Le travail est obligatoire, c'est des travaux de production, très rythmés, très ritualisés. On doit répondre à un carnet de commandes. Est-ce qu'on est encore adapté ? Les personnes qui ont des maladies psychiatriques toucheraient une rente A.I à l'extérieur. Elles ne peuvent pas travailler alors qu'ici, elles y sont astreintes. La plupart d'entre elles ont une forte médication et ne parviennent pas à se lever le matin. Malgré un arrêt maladie à 50%, elles ont l'obligation de venir travailler le matin et non l'après-midi. Pourquoi ? Parce qu'on a toujours estimé que c'était des fainéants qui voulaient regarder la télé le soir et en allant travailler l'après-midi, ils pouvaient ainsi dormir le matin. On ne correspond plus aux besoins de ces personnes. Alors le nouveau Code pénal l'a compris puisqu'il a dit que les détenus qui ont une pathologie</p>

	<p>reconnue, qui ont un 59 ou 64, ne sont pas astreints au travail. On a donc reconnu ça à demi-mot mais actuellement, notre structure n'a pas changé et la prise en charge est restée comme à l'époque. Il faudrait fermer les ateliers de production, ouvrir des ateliers d'ergothérapie et privilégier les moments de discussions si on admet de suivre et de traiter des malades dans le milieu carcéral, chose que je ne pense pas être bonne parce qu'il faut soigner avant tout. Je pense que la meilleure philosophie, c'est l'hôpital à l'extérieur. Car même si les agents de détention ont pu évoluer avec la maladie, ils ne sont pas suffisamment outillés pour faire du soin. Dans les ateliers de réinsertion, il y a peu de places, peu de moyens et ça reste des agents de détention qui les tiennent et qui sont seuls dans chaque atelier pour faire un travail qui devrait être pluridisciplinaire. On a adapté des ateliers pour mettre les gens qu'on n'a pas envie de voir dans les ateliers de production, point barre. Ce sont des « fourre-tout », comme les simplets du village qu'on sort de la société. Il en va de même avec la division D qui devient un lieu pour traiter leurs dysfonctionnements, on les retire de l'intérieur du pénitencier et on va les oublier, les noyer dans un petit groupe. Donc continuons à faire de l'exécution de peine proprement dite, avec quand même quelques outils au niveau des connaissances de certaines pathologies parce que l'être humain développe des pathologies, des psychoses carcérales avec un enfermement, ça c'est sûr. Mais privilégions l'exécution de la peine dans un milieu pénitentiaire et du soin dans les milieux de soin. 118 millions ont été débloqués pour créer un établissement fermé dans un milieu de soins sur le site de Cery, ce qui a beaucoup plus de sens que de faire un hôpital dans une prison. Il faut mettre l'accent sur la maladie, la pathologie et non la prison et l'enfermement. Avoir des éducateurs en exécution de peine serait une étape supplémentaire inutile. Il faut complètement basculer. En faisant des unités de vie, j'ai peur de créer, dans la prison, une similitude avec le fonctionnement d'une institution qui serait également une étape supplémentaire que la société va privilégier. Ça rassure tout le monde un cadre institutionnel dans un cadre sécuritaire. Plutôt que d'envisager directement une institution, on va d'abord privilégier le lieu bien sécurisé pour se donner une bonne conscience. On met des éducateurs, c'est presque comme un foyer, comme la vie dans la société, mais on a la sécurité de la prison. C'est exactement l'effet Colonie fermée, qui devient un intermédiaire incontournable entre Bochuz et la Colonie ouverte. Curabilis a été construit sur la base d'un hôpital dans une prison et non comme un lieu de soin sécurisé alors qu'il faudrait d'abord traiter la pathologie du patient et non la dangerosité du criminel. Actuellement, le monde politique a trop d'impacts sur les décisions au niveau de l'incarcération, pour pouvoir faire correctement notre travail. À une année d'échéance d'un mandat politique, 80% d'élus sauvent leurs fesses et tirent des bénéfices en changeant complètement leur politique s'ils sentent que la société est en attente d'un mandat plus sécuritaire ou plus social ou plus comme ceci ou comme cela. C'est difficile pour nous, on a l'impression d'être en déroute, parce qu'une fois on va dans ce sens et droit après on doit aller dans un autre sens. On subit de plein fouet les changements de direction aussi parce que le monde politique est enclin à engager des directions qui sont en phase et en lien avec l'opinion publique. Le décès de M. Vogt, amenant beaucoup d'éléments négatifs par rapport à la prison, a fait perdre la tête de la direction de l'époque qui était très sécuritaire, pour mettre à la place une tête très sociale. Tout comme la cheffe du SPEN et du Département de l'Intérieur qui sont des femmes avec des perspectives</p>
--	--

	plus sociales plutôt qu'un homme qui serait très militaire, très carré, très cadrant.
Entretien 6 :	<p>Actuellement, il y a un tournant politique de plus en plus restrictif alors qu'on sait qu'on est vraiment le dernier échelon avant la sortie du système pénitentiaire. Ça fait juste peur. Ça veut dire que les gens qui ont des problèmes psychiques sont voués à de moins en moins sortir et peut-être un jour à ne plus jamais sortir. Le problème c'est que ces gens peuvent quand même avoir un potentiel de dangerosité, même fort, pour l'extérieur. J'en suis vraiment conscient, je ne suis pas complètement naïf non plus. De plus, ils n'ont souvent pas les capacités de se débrouiller seuls. Certains foyers ne sont pas assez sécurisés, c'est clair, il manque un maillon à la chaîne. Un truc qui m'a vraiment horrifié, c'est quand les députés ont eu la grande sagesse de se dire « <i>on va faire 80 places de plus à la Colonie</i> » et qu'à aucun moment ils se sont dit « <i>mais est-ce que toutes les personnes qui sont en prison ont vraiment une bonne raison d'y être. Et qu'est-ce qu'on peut faire?</i> » Il y a des gens qui n'ont rien à faire-là, qui ont des mesures, donc au lieu de mettre des immenses moyens pour les garder ou même en mettre plus, le domaine est assez grand pour pouvoir construire une institution qui soit à même de les accueillir et de les prendre en charge. Ici c'est une prison, ils sont mélangés avec tous les délits imaginables, ils sont exploités, rackettés. C'est les pires conditions qu'on peut donner pour des gens qui ont des schizophrénies, des troubles mentaux. Il y a un enfermement, la pression des autres, les règlements. Et que le SMPP, les médecins sont partie prenante de tout ça, je trouve ça effrayant! Il faudrait un milieu médicalisé, avec de la psychothérapie, de la zoothérapie. On pourrait faire de la culture, avec un autre règlement, avec beaucoup plus de possibilités, de sorties, de resocialisation, de découvertes du monde, d'activités récréatives et culturelles. On pourrait augmenter les visites pour ressouder les liens avec la famille. Certains d'entre elles n'arrivent même pas à faire le pas de venir ici, tellement c'est un milieu atroce. Il faudrait donc pouvoir organiser des promenades sur l'extérieur, avec des proches, pour socialiser les détenus concernés. Je rêverais d'une institution où il y aurait des infirmiers, des médecins et des éducateurs et que tout ça forme un tout, que ce soit une prise en charge vraiment socio-thérapeutique. Les politiciens ne font pas ce qu'il y a de mieux mais ce que les gens, ce que l'opinion publique a envie. On n'a jamais pensé au fait que ces personnes malades devaient avant tout être soignées. On ne tient pas du tout compte de ça. Je pense qu'il y a même des gens qui ont un vrai pouvoir de décision et qui n'ont même pas conscience de ce que c'est qu'une maladie psychiatrique. D'ailleurs, tous les conflits qu'il y a entre la justice et la médecine légale c'est révélateur. Il y a un fossé. Ces personnes n'ont rien à faire en prison, c'est une certitude. Mais on trouve des bénéfices à la prison en disant qu'au moins, elles ont une structure. Mais si c'est le seul argument, c'est un peu faible. Après, évidemment, certains ont besoin d'être cadrés car la plupart ont un parcours chaotique et ont besoin de retrouver des choses stables mais je ne vois pas en quoi un établissement pénitentiaire va leur amener ça.</p>
Entretien 7 :	<p>Certaines personnes âgées n'ont pas leur place en prison. Elles devraient être en EMS après que des experts aient évalué leur dangerosité. Mais qui signerait la feuille de sortie ? Si on se trompe, cela peut engendrer des drames tels que l'affaire Adeline et Marie. Les gens sont devenus plus prudents et préfèrent les laisser en milieu carcéral car ils sont au moins surveillés. Les changements éventuellement envisagés découlent uniquement de volontés politiques. Les personnes stabilisées, qui n'ont plus</p>

	<p>d'hallucinations pourraient être suivies de manière ambulatoire. Je ne pense pas que la présence d'éducateurs soit nécessaire en exécution de peine car les détenus travaillent la journée, on ne les voit pas et ils ont l'esprit occupé. Au niveau de la prise en charge, cela fonctionne. Les weekends ils sont un peu plus fermés et s'ennuient parfois mais ils ont des activités le soir comme la promenade, le sport, le yoga, le dessin, la musique... On peut aller vers eux, avoir un dialogue. On apprend beaucoup de choses durant ces moments-là et on règle beaucoup de problèmes comme ça aussi. Les détenus nous interpellent. On va chacun un moment dans le cellulaire, faire notre tournée électorale comme on dit, voir si tout fonctionne bien, répondre aux questions, régler des petits soucis : traduire un courrier, réparer une chasse d'eau, fournir un nouveau balais... La journée c'est plus difficile, on brasse beaucoup d'air entre les téléphones, les ateliers, le courrier à distribuer, les problèmes d'organisation... Quand tout est fermé le contact est différent. Ils peuvent nous appeler et on passe dans leur cellule. C'est plus discret, les autres ne les regardent pas, n'écoutent pas la conversation, ne les traitent pas de balance par exemple.</p>
Entretien 8 :	<p>Ce qu'il faudrait, c'est un établissement qui prend en charge des « cas psys », ça serait beaucoup plus simple! (Il rit car il sait bien que cela n'existe pas en soi). Curabilis, c'est bien vu, mais dommage, il n'y a déjà pas assez de place. Alors bien sûr, ça compense ce que le Code pénal dit. Quand une personne ne va pas bien, elle prend un temps et une énergie folle et il faut recommencer au quotidien et le médical ne veut pas forcément se déplacer. S'il y avait au moins une partie vraiment pour ces articles, une permanence médicale, ce serait salvateur. Ces personnes ont leur place en prisons, si elles ont été jugées. Mais une place en prison dans un établissement en conséquence et non en détention avec tout le monde. Certains n'ont juste plus rien à faire ici mais à l'heure actuelle, il n'y a pas d'établissement qui prend en charge des gens comme ça. En EMS, ce sont des cas trop lourds, ils pourraient être trop violents et du coup, ils ne les veulent plus. Quand ils ne sont pas bien, la prison génère du stress. Ce n'est pas à nous de juger s'ils doivent être en prison ou pas mais du moment qu'ils ont un article, ils doivent, comme le dit le Code pénal, dans la mesure du possible, être dans des établissements adéquats, chose qu'on n'a pas. Ce n'est pas avec les huit places qu'on a à l'Unité Psychiatrique que cela va faire avancer le schmilblick.</p>

Plusieurs agents de détention ont évoqué la crainte que la présence d'éducateurs puisse nuire à leur rôle et à leur fonction. En effet, si des éducateurs sociaux ou des animateurs assumaient tous les moments récréatifs et spontanés avec les détenus, cela pourrait ramener les agents à de simples exécutants garants de la sécurité, à des « *tourne-clés* » comme ils le disent. De plus, cette solution apparaît comme une étape supplémentaire qui ne ferait que retarder les réflexions relatives aux futures prises en charge envisagées. Différents points sont relevés, tels que le lieu de prise en charge (hôpital sécurisé ou unité spéciale au sein de la prison ?), les professionnels accompagnant le détenu (équipe médicale, équipe pluridisciplinaire, présence d'agents de sécurité ?). Il semble alors que cela soit peut constructif d'amener des alternatives ici et là au sein des prisons avant même de mener une analyse de fond des problématiques relevées.

7. Conclusion

« *Prise en charge de personnes souffrant de maladie psychiatrique en milieu carcéral* », tel est l'intitulé de ce travail de Bachelor et tel est le défi de demain. Ce sujet soulève de nombreux questionnements : quels lieux seraient appropriés ? Quelles prises en charge faut-il préconiser ? Quels professionnels sont à même d'accompagner ces détenus en souffrance ? La mesure 59 CPS est-elle une réponse réaliste et adéquate à un besoin de soins ? Au terme de ce travail de recherche, toutes ces interrogations sont encore bien présentes sur le terrain et les solutions envisagées ne représentent pour l'heure qu'un idéal à atteindre. Faut-il un hôpital psychiatrique à l'intérieur d'une prison ? Une prison médicalisée ? Un hôpital sécurisé ? Des secteurs spécialisés ? Encore une fois, il s'agit là d'un vaste débat. Mais globalement, la grande majorité des personnes interrogées s'accordent à dire qu'il faut mettre au premier plan les notions de soins et de prises en charge, avant celles de sanctions et d'enfermement.

Le lien, c'est la sécurité. La sécurité, c'est le lien. Pour des personnes détenues qui arrivent bien souvent avec un parcours de vie douloureux et rythmé de ruptures et d'abandons, la réinsertion ne peut être envisagée sans une reconstruction d'elles-mêmes au préalable. D'autant plus lorsqu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique qui n'a parfois jamais été traitée. Cependant, comment peut-on soigner, panser des blessures psychiques profondes, tisser des liens thérapeutiques forts et continus, fournir des temps d'écoute et de dialogue en suffisance dans un contexte qui est avant tout pensé en terme de sécurité et de répression ? Je rejoins l'opinion de Pierre Thomas (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012) qui pense qu'il serait judicieux d'augmenter l'offre de soins de la psychiatrie pour le secteur public. Ceci permettrait à des patients marginalisés d'être accueillis dans des endroits où ils travailleraient sur la prévention de la réitération des actes réprimés par la loi. Ainsi, la confusion entre maladie mentale et délinquance s'atténuerait. Il faut néanmoins rester attentif à ne pas créer des unités ou des structures susceptibles d'engendrer une forme de ségrégation et d'exclusion (Thomas, P., Adin-Avinée, C., 2012). Par ailleurs, c'est ce que relèvent plusieurs agents. Comment peut-on préserver des personnes fragilisées des pressions et menaces externes tout en évitant un isolement drastique et stigmatisant ? Encore une fois, la manière dont ces malades devraient être pris en charge soulève plusieurs dilemmes éthiques.

L'abondante théorisation relative au rôle du personnel médical en milieu carcéral et le manque d'intérêt accordé à la fonction des agents de détention et des autres acteurs du service pénitentiaire interpellent. Au travers de l'analyse, il devient évident que le personnel de surveillance vit et partage beaucoup de choses avec les détenus et que leurs récits ne sont que très peu entendus. Leurs avis, leurs opinions, ont été forgés par plusieurs années d'expérience sur le terrain et bien que leurs discours manquent parfois d'objectivité, leur pratique professionnelle ne peut être occultée. La fonction d'agent de détention sur le terrain est certes proche de celle d'un éducateur social en institution mais les formations respectives ne sont absolument pas équivalentes. Cela se ressent parfois à la manière dont les agents appréhendent certaines situations ou analysent certaines problématiques. L'association de ces divers professionnels pourrait peut-être permettre d'approcher cet équilibre tant recherché entre les aspects sécuritaires et les aspects relationnels. Ou est-ce la profession d'agent de détention qu'il faudrait repenser en parallèle d'un lieu approprié ? Les critères d'engagement sont-ils suffisamment exigeants ? Un brevet fédéral n'est peut-être pas conforme à toutes les compétences que nécessite un tel métier dans un tel contexte. Mais remettre en question ces aspects-là implique forcément une interrogation plus globale quant à la ligne émise par le Service pénitentiaire lui-même ainsi que les politiques.

L'article 59 du Code Pénal suisse est apparu comme une réponse simplifiée à une problématique qui elle, est bien plus complexe qu'elle n'y paraît. La justice prétend permettre à des détenus malades de pouvoir accéder à des soins et des prises en charge adaptées à leurs spécificités, à leurs besoins et à leurs fragilités. Cependant, dans les faits, ceci est tout autre. Manque de temps, manque de moyens, manque de personnel, manque de formation, manque de structures... Cela fait beaucoup de lacunes pour une mesure thérapeutique qui est censée apporter des bienfaits aux personnes concernées. Sa durée indéterminée ne fait qu'accroître des sentiments d'abandon déjà trop souvent connus et enlève toute capacité à pouvoir se projeter dans un avenir moins tumultueux et moins souffrant. L'absence de perspective engendre un profond désespoir et un désinvestissement qui a pour conséquence, de multiples situations d'échecs et d'autodestruction (consommations, évasions, mutilations, suicides, accès de violence...). La maladie n'est pas soignée, elle est maltraitée, voire non traitée. Le contexte de la prison amène aussi son lot de conséquences néfastes sur des pathologies incompatibles avec l'enfermement.

Pour répondre à ma question de recherche, à savoir : « *Comment les agents de détention articulent-ils leur pratique autour d'un détenu placé sous l'article 59 du CPS ?* », la réponse est tout aussi floue et complexe que l'interrogation elle-même. Tout au long de ce travail, nous ne pouvons que constater les efforts fournis par le personnel de surveillance pour combler les insuffisances actuelles en matière de prises en charge et de soutien. Quant aux hypothèses, elles sont pratiquement toutes confirmées :

Hypothèse 1 : « *Les agents de détention ne disposent pas d'un temps et d'un espace suffisant pour fournir une prise en charge satisfaisante aux détenus souffrant d'une maladie psychique.* »

Cette hypothèse est surtout confirmée au travers de l'analyse des entretiens avec les agents de détention. Le manque d'effectif en est la raison principale.

Hypothèse 2 : « *Les agents de détention tentent de fournir un accompagnement et un encadrement similaire à celui d'un éducateur mais ne disposent pas des connaissances et des compétences suffisantes pour y parvenir.* »

La plupart des agents apprécient les moments d'échange et d'écoute avec les détenus. Ils essaient de leur accorder du temps et de répondre au mieux à leurs interrogations mais il est vrai que nous pouvons constater un manque de connaissance par rapport à certaines pathologies et à la manière dont il est opportun d'articuler ses interventions auprès de cette population. De plus, il semble que l'analyse de certaines situations complexes ne se fasse pas en profondeur et certains surveillants ne sont clairement pas suffisamment outillés pour faire face à cela. Cependant, cela suscite une autre question, est-ce vraiment leur rôle de fournir un accompagnement proche de celui d'un service socio-éducatif ? Il s'agirait ici plutôt de les inclure dans un travail pluridisciplinaire au sein d'un établissement autre qu'une prison.

Hypothèse 3 : « *L'accompagnement des détenus souffrant d'une maladie psychique par les agents de détention et le personnel soignant diffère d'une prise en charge éducative et ces disparités ne permettent pas à la personne concernée de cheminer vers une compréhension et une acceptation de sa problématique, ceci en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle.* »

Il est difficile de vérifier cette hypothèse. Au-delà de l'accompagnement lui-même, le contexte carcéral induit de nombreuses disparités avec celui d'un encadrement institutionnel. La prison n'est pas un lieu qui permet aux personnes détenues de pouvoir faire un réel travail sur elle-même et leurs problématiques.

Hypothèse 4 : « *L'articulation des différentes disciplines, cumulée aux contraintes pénales, rend la tâche des professionnels complexe en matière de prise en charge.* »

Cette hypothèse résume la conclusion de ce travail de Bachelor et amène directement à la problématique principale : le manque de structures adaptées à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis un délit.

7.1 Bilan personnel

Je tire un bilan personnel plutôt mitigé. En effet, bien que le sujet de mon travail m'ait véritablement passionnée, j'ai rencontré passablement de difficultés organisationnelles en termes de temps et d'énergie consacrés à sa rédaction. À la fin du dernier semestre, j'ai tout de suite été engagée dans un CMS, puis aux EPO depuis novembre 2014. Mener à bien un tel travail et exercer ma profession en parallèle m'a demandé beaucoup plus d'investissement que ce que j'avais imaginé. Les retranscriptions des entretiens ont sans doute représenté la plus grande difficulté. Cela m'a pris un temps considérable, bien au-delà de mes estimations. Les personnes qui s'étaient proposées pour m'aider dans cette tâche se sont rapidement découragées (ce que je ne peux que comprendre !) et j'ai ainsi dû retranscrire plus de la moitié des entretiens. La plupart d'entre eux avaient une durée de plus d'une heure et demie, ce qui n'a fait qu'amplifier l'ampleur du travail. L'analyse s'avère également être l'une des parties les plus fastidieuses de la rédaction. Etant donné la masse de données en ma possession, j'ai dû procéder en plusieurs étapes pour synthétiser les propos de mes interlocuteurs, les paraphraser et les classer selon les thèmes abordés.

Au-delà de ces aspects techniques, je suis également frustrée car ce sujet au cœur de l'actualité est si complexe que j'ai le sentiment de n'avoir fait que le survoler. Chaque questionnement y relatif amène son lot de problématiques, de thématiques, qu'il serait fort intéressant de développer. La théorie ne reflète pas véritablement la réalité des pratiques sur le terrain et j'aurais souhaité pouvoir davantage mettre en évidence ce décalage en interrogeant des professionnels rattachés à différents domaines. Quoiqu'il en soit, ce travail de recherche s'achève sur de nombreux points d'interrogation qui demandent à être analysés avec beaucoup de minutie. Nous n'avons certainement pas encore suffisamment de recul sur les effets de l'article 59 et des buts poursuivis par cette mesure thérapeutique. De plus, toutes les personnes souffrant d'un trouble psychique ne sont pas forcément astreintes à cette mesure et tous les détenus sous article 59 n'ont pas forcément une maladie psychiatrique mais bien souvent, un trouble de la personnalité ou du comportement. Ces constations ne font qu'amplifier la complexité des réflexions à venir.

8. Bibliographie

Confédération suisse, Département fédéral de justice et police, Office fédérale de la justice, Domaine de direction Droit pénal, Unité Exécution des peines et mesure, *Les peines et mesures en Suisse, Système et exécution pour les adultes et les jeunes : une vue d'ensemble*

FISCHER, S. (21 mai 2012, actualisé le 06.10.2013) Plaidoyer 3/12 *Internement : l'explosion des mesures thérapeutiques*

GASSER, J. & GRAVIER, B. (19.09.2007). Quelques conséquences de l'application du nouveau code pénal suisse sur la psychiatrie légale. *Revue médicale suisse* 3, article 125-32582. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=32582> (consulté le 29 mai 2013).

GRAAP (3 et 4 juin 1999). Patients psychiques en prison. *Journées d'étude du GRAAP avec la collaboration du Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires et de la Société suisse de psychiatrie sociale, section romande. Compte rendu.* <http://www.graap.ch/dossier/prisonCR.html> (consulté le 29 mai 2013).

GRAVIER, B. (15 mars 2007). Les services de psychiatrie en milieu pénitentiaire. *SanteRomande.ch La psychiatrie en milieu carcéral. Fribourg : cours SSP à l'UNIL.* <http://www.unil.ch/webdav/site/fbm/shared/psyleg/Serv-Psy-en-milieu-pen-15-03-2007.pdf> (consulté le 29 mai 2013).

GRAVIER, B. (22 septembre 2010). Psychothérapie et psychiatrie forensique. *Revue médicale suisse* 6, article 257, 1774-1778. <http://rms.medhyg.ch/numero-263-page-1774.htm> (consulté le 29 mai 2013).

GRAVIER, B. & EYTAN, A. (21 septembre 2011). Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. *Revue médicale suisse* 7, article 309, 1806-1811. <http://rms.medhyg.ch/numero-309-page-1806.htm> (consulté le 29 mai 2013).

ITEN, A., GRAVIER, B. & ELGER, B. (30 avril 2003) Difficultés rencontrées lors le prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral. *Revue médicale suisse*, article 565-2435 <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=22973>

KUCHOLL, V., AMARELLE, C., JOST, C., NAPPEY, G. & MIX ET REMIX. (2011). *La Suisse Mode d'emploi. Histoire-Politique-Economie-Droit.* Le Mont-sur-Lausanne : Editions Loisirs et Pédagogie SA 2009.

MANZANERA, C., SENON, J.-L. (2004). Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Cahier de la Société médico-psychologique, Annales Médico Psychologiques* 162, 686-699. Elsevier SAS

RIEDER, J-P., BERTRAND, D., WOLFF, H., GRAVIER, B., PASCHE, C. & BODENMANN, P. (28 juillet 2010). Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Revue médicale suisse* 6, article 263, 1462-1465. <http://rms.medhyg.ch/numero-257-page-1462.htm> (consulté le 29 mai 2013).

SENON, J.-L. (2004). Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Sciencedirect.com Elsevier. Annales médico psychologiques* 162 646-652.

THOMAS, P. & ADINS-AVINEE, C (2012). Psychiatrie en milieu carcéral. Lille. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Edition : Elsevier Masson

VOGEL, T., LANQUILLON, S. & GRAF, M. (2013). When and why should mentally ill prisoners be transferred to secure hospitals : A proposed algorithm. *Scencedirect.com Elsevier. International Journal of Law and Psychiatry-00949*, 1-6.

VIREDAZ, B. (21 mai 2012, actualisé le 06.10.2013) *De quelques problèmes pratiques liés à l'exécution des internements*. Plaidoyer 3/12

Site officiel du canton du Valais, pouvoir judiciaire, organisation judiciaire <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4514> (consulté le 3 septembre 2013).

8.1 Bases légales

- Code Pénal suisse
- Loi d'application du Code de Procédure Pénale suisse (LACPP)
- La Conférence latine des Chefs des Départements de Justice et Police (CLDJP)
- Concordat du 10 avril 2006 sur l'exécution des peines privatives de liberté et des mesures concernant les adultes et les jeunes adultes dans les cantons latins (Concordat latin sur la détention pénale des adultes)
- Règlement sur la Commission interdisciplinaire consultative concernant les délinquants nécessitant une prise en charge psychique (RCIC)
- Règlement concernant la liste des établissements pour l'exécution des privations de liberté à caractère pénal du 29 octobre 2010
- Ensemble de règles minima pour le traitement de détenus, résolutions 663 C (XXIV) du premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants (1957).
- Recommandation N° R (98) 7 aux états membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins en milieu pénitentiaire, Comité des ministres du Conseil de l'Europe (1998).
- Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), Conseil de l'Europe (2002).
- Recommandation 1747 Charte pénitentiaire européenne. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (2006). → précise les conditions d'incarcération respectueuses de la dignité et des droits des détenus dans plusieurs domaines, notamment médical.
- Exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Académie Suisse des Sciences Médicales (2002).

Annexe 1: articles du CPS

Quelques articles du Code pénal suisse relatifs à mon sujet de recherche :

L'article 64 du Code pénal suisse :

Internement

Conditions et exécution

¹ *Le juge ordonne l'internement si l'auteur a commis un assassinat, un meurtre, une lésion corporelle grave, un viol, un brigandage, une prise d'otage, un incendie, une mise en danger de la vie d'autrui, ou une autre infraction passible d'une peine privative de liberté maximale de cinq ans au moins, par laquelle il a porté ou voulu porter gravement atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui et si:*¹

a. en raison des caractéristiques de la personnalité de l'auteur, des circonstances dans lesquelles il a commis l'infraction et de son vécu, il est sérieusement à craindre qu'il ne commette d'autres infractions du même genre; ou

b. en raison d'un grave trouble mental chronique ou récurrent en relation avec l'infraction, il est sérieusement à craindre que l'auteur ne commette d'autres infractions du même genre et que la mesure prévue à l'art. 59 semble vouée à l'échec.

^{1bis} *Le juge ordonne l'internement à vie si l'auteur a commis un assassinat, un meurtre, une lésion corporelle grave, un viol, un brigandage, une contrainte sexuelle, une séquestration, un enlèvement ou une prise d'otage, s'il s'est livré à la traite d'êtres humains, a participé à un génocide ou a commis un crime contre l'humanité ou un crime de guerre (titre 12^{ter}) et que les conditions suivantes sont remplies:*²

a. en commettant le crime, l'auteur a porté ou voulu porter une atteinte particulièrement grave à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui;

b. il est hautement probable que l'auteur commette à nouveau un de ces crimes;

*c. l'auteur est qualifié de durablement non amendable, dans la mesure où la thérapie semble, à longue échéance, vouée à l'échec.*³

² *L'exécution d'une peine privative de liberté précède l'internement. Les dispositions relatives à la libération conditionnelle de la peine privative de liberté (art. 86 à 88) ne sont pas applicables.*⁴

³ *Si, pendant l'exécution de la peine privative de liberté, il est à prévoir que l'auteur se conduira correctement en liberté, le juge fixe la libération conditionnelle de la peine privative de liberté au plus tôt au jour où l'auteur a exécuté deux tiers de sa peine privative de liberté ou quinze ans en cas de condamnation à vie. Le juge qui a prononcé l'internement est compétent. Au demeurant, l'art. 64a est applicable.*⁵

⁴ *L'internement est exécuté dans un établissement d'exécution des mesures ou dans un établissement prévu à l'art. 76, al. 2. La sécurité publique doit être garantie. L'auteur est soumis, si besoin est, à une prise en charge psychiatrique.*

L'article 65 du Code pénal suisse :

1 Si, avant ou pendant l'exécution d'une peine privative de liberté ou d'un internement au sens de l'art. 64, al. 1, le condamné réunit les conditions d'une mesure thérapeutique institutionnelle prévues aux art. 59 à 61, le juge peut ordonner cette mesure ultérieurement.⁴⁰ Le juge compétent est celui qui a prononcé la peine ou ordonné l'internement. L'exécution du solde de la peine est suspendue.

2 Si, pendant l'exécution de la peine privative de liberté, des faits ou des moyens de preuve nouveaux permettent d'établir qu'un condamné remplit les conditions de l'internement et que ces conditions étaient déjà remplies au moment du jugement sans que le juge ait pu en avoir connaissance, le juge peut ordonner l'internement ultérieurement. La compétence et la procédure sont déterminées par les règles sur la révision.⁴¹

Titre 4

Exécution des peines privatives de liberté et des mesures entraînant une privation de liberté

L'article 74 du Code pénal suisse :

Le détenu et la personne exécutant une mesure ont droit au respect de leur dignité. L'exercice de leurs droits ne peut être restreint que dans la mesure requise par la privation de liberté et par les exigences de la vie collective dans l'établissement.

L'article 75 du Code pénale suisse :

1 L'exécution de la peine privative de liberté doit améliorer le comportement social du détenu, en particulier son aptitude à vivre sans commettre d'infractions. Elle doit correspondre autant que possible à des conditions de vie ordinaires, assurer au détenu l'assistance nécessaire, combattre les effets nocifs de la privation de liberté et tenir compte de manière adéquate du besoin de protection de la collectivité, du personnel et des codétenus.

2 ... 42

3 Le règlement de l'établissement prévoit qu'un plan d'exécution est établi avec le détenu. Le plan porte notamment sur l'assistance offerte, sur la possibilité de travailler et d'acquérir une formation ou un perfectionnement, sur la réparation du dommage, sur les relations avec le monde extérieur et sur la préparation de la libération.

4 Le détenu doit participer activement aux efforts de resocialisation mis en œuvre et à la préparation de sa libération.

5 Les préoccupations et les besoins spécifiques des détenus, selon leur sexe, doivent être pris en considération.

6 Lorsque le détenu est libéré conditionnellement ou définitivement et qu'il apparaît ultérieurement qu'il existait contre lui, à sa libération, un jugement exécutoire prononçant une peine privative de liberté, il y a lieu de renoncer à lui faire exécuter cette peine:

a. si, pour une raison imputable à l'autorité d'exécution, cette peine n'a pas été exécutée avec l'autre peine;

b. si, à sa libération, le détenu pouvait de bonne foi partir de l'idée qu'il n'existait contre lui aucun autre jugement exécutoire prononçant une peine privative de liberté et

c. si l'exécution de ce jugement risque de mettre en cause sa réinsertion.

L'article 76 du Code pénale suisse

1 Les peines privatives de liberté sont exécutées dans un établissement fermé ou ouvert.

2 Le détenu est placé dans un établissement fermé ou dans la section fermée d'un établissement ouvert s'il y a lieu de craindre qu'il ne s'enfuie ou ne commette de nouvelles infractions.

L'article 90 du Code pénale suisse

1 La personne exécutant une mesure prévue aux art. 59 à 61 ne peut être soumise à l'isolement ininterrompu d'avec les autres personnes que:

- a. à titre de mesure thérapeutique provisoire;*
- b. pour sa protection personnelle ou pour celle de tiers;*
- c. à titre de sanction disciplinaire.*

2 Au début de l'exécution de la mesure, un plan est établi avec la personne concernée ou avec son représentant légal. Ce plan porte notamment sur le traitement du trouble mental, de la dépendance ou du trouble du développement de la personnalité et sur les moyens d'éviter la mise en danger de tiers.

2bis Les mesures prévues aux art. 59 à 61 et 64 peuvent être exécutées sous la forme du travail et du logement externes si l'on peut raisonnablement supposer qu'elles contribueront ainsi de manière décisive à atteindre le but poursuivi et qu'il n'y a pas lieu de craindre que la personne placée ne s'enfuie ou ne commette d'autres infractions. L'art. 77a, al. 2 et 3, est applicable par analogie.⁴⁶

3 Si la personne concernée est apte au travail, elle doit être incitée à travailler pour autant que le traitement institutionnel ou les soins le requièrent ou le permettent. Dans ce cas, les art. 81 à 83 sont applicables par analogie.

4 L'art. 84 est applicable par analogie aux relations de la personne concernée avec le monde extérieur, pour autant que les exigences du traitement institutionnel n'entraînent pas de restrictions complémentaires.

4bis L'art. 75a est applicable par analogie au placement dans un établissement ouvert et à l'octroi d'allègements dans l'exécution.⁴⁷ 4ter Aucun congé ou autre allègement dans l'exécution n'est accordé durant l'internement à vie.⁴⁸

5 L'art. 85 sur les contrôles et les inspections est applicable par analogie

Annexe 2 : canevas d'entretien

Entretiens semi-directifs auprès d'agents de détention :

- Quatre agents au pénitencier de Bochuz dont, dans la mesure du possible, le Chef de Maison ou alors l'un des sous-chefs de la surveillance
- Quatre agents à la Colonie dont, dans la mesure du possible, le Chef de Maison ou alors l'un des sous-chefs de la surveillance

1) Partie introductive

Présentation de mon sujet de travail de Bachelor et plus précisément de ma question de recherche sans toutefois fournir trop de détails afin de ne pas influencer l'interlocuteur. L'intitulé de mon travail de Bachelor est le suivant : « *Prise en charge de personnes souffrant d'une maladie psychique en milieu carcéral.* »

Ma recherche s'intéresse plus particulièrement à la vision des agents de détention et à la réalité de leur travail.

Exposition du cadre des entretiens : anonymat préservé, enregistrement détruit dès la fin de mon travail, durée de l'entretien (entre 1h et 1h30), liberté dans les réponses que l'agent souhaite ou non amener.

2) Fil conducteur de l'entretien

Etape introductive : décrivez-moi, en quelques mots, en quoi consiste votre profession selon vous.

Questionnement général : que vous évoque mon sujet de recherche ?

Questions ouvertes:

- Quelle est votre vision des maladies psychiques ?
- Estimez-vous posséder suffisamment de connaissances (formations, expériences, recherches personnelles) les concernant ? Si oui, lesquelles ?
Dans le cas de figure où la personne semble complètement désintéressée de la question : ➔ Quelles sont les causes qui peuvent expliquer le fait que des connaissances plus approfondies sur le sujet ne soient pas nécessaires dans votre pratique professionnelle ?
- Comment décririez-vous, définiriez-vous vos interventions auprès d'une personne détenue souffrant d'une pathologie psychiatrique ? En quoi sont-elles différentes ou similaires de celles effectuées auprès du reste de la population carcérale ?
En cas de disparités dans la manière d'interagir ou d'intervenir auprès des détenues souffrant d'une maladie psychique, rebondir : ➔ Pouvez-vous expliciter les raisons de ces différences ?

Questions plus précises

- En préventive, des éducateurs sont présents de façon plus fréquente auprès des personnes détenues. Ce qui n'est pas le cas des assistants sociaux en exécution de peine qui voient les personnes détenues lors d'entretiens individuels. Avez-vous l'impression de remplir parfois ce rôle d'éducateurs auprès des détenus ?
- Quelle place accordez-vous à l'échange et aux discussions auprès des personnes détenues ?
- Les aspects relationnels du métier péjorent-ils les paramètres sécuritaires ou au contraire, préviennent les passages à l'acte ?
- L'auto ou l'hétéro agressivité : comment gérez-vous ces actes ? Qu'est-ce que cela suscite chez vous ?
- Les personnes souffrant de maladie psychique ont-elles leur place en prison ?
- Les personnes souffrant de maladie psychique subissent-elles davantage de pression, de stigmatisation, voire d'agression de la part de leurs codétenus ?
- Que pensez-vous de l'art.59 et de tout ce qui peut en découler ?
- Y'a-t-il des agents de détention « type » ? Comment se passe la collaboration d'agents de détention ne partageant pas la même vision du métier ou n'ayant pas les mêmes sensibilités ?
- Votre métier se résume-t-il aux aspects sécuritaires ?
 - Sécurité vs Ecoute, dialogue et relations ?
 - Sécurité = protection ? Contrôle ? Ordre ?
 - Sécurité = équilibre entre le dialogue et la répression ?

Cette grille d'entretien n'est pas exhaustive, il s'agit d'un fil rouge qui me permettra d'une part de ne pas occulter certains aspects de mes questionnements et d'autre part, de m'adapter aux réponses obtenues (rebondir, reprendre, résumer, reformuler, requestionner...)

Annexe 3: grille d'entretien

Hypothèses / Thématiques	Questions	Indicateurs
La profession d'agent de détention	➤ Décrivez-moi, en quelques mots, en quoi consiste votre profession selon vous ?	<input type="checkbox"/> Aspects sécuritaires <input type="checkbox"/> Relation avec les détenus
Mon sujet de travail de Bachelor Les agents de détention se sentent concernés par la thématique Les agents de détention ont peu de moyens pour y faire face La prise en charge de personnes souffrant de maladie psychiatrique ne fait pas partie du cahier des charges des surveillants, ils agissent donc selon leurs ressentis	➤ Que vous évoque mon sujet de travail de Bachelor ?	<input type="checkbox"/> Prise en charge <input type="checkbox"/> Moyens à disposition <input type="checkbox"/> Temps <input type="checkbox"/> Sensibilité
Les agents de détention ne disposent pas de connaissances suffisantes pour une prise en charge adaptée de cette partie de la population carcérale	➤ Quelle est votre vision des maladies psychiques ? ➤ Estimez-vous posséder suffisamment de connaissances (formations, expériences, recherches personnelles) les concernant ? Si oui, lesquelles ? <i>Dans le cas de figure où la personne semble complètement désintéressée de la question :</i> ➔ Quelles sont les causes qui peuvent expliquer le fait que des connaissances plus approfondies sur le sujet ne soient pas nécessaires dans votre pratique professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Connaissances <input type="checkbox"/> Intérêts <input type="checkbox"/> Difficultés rencontrées <input type="checkbox"/> Soutien de la part des autres professionnels

Les agents de détention tentent tant bien que mal d'adapter leurs interventions auprès de cette partie de la population carcérale	<p>➤ Comment décririez-vous, définiriez-vous vos interventions auprès d'une personne détenue souffrant d'une pathologie psychiatrique ? En quoi sont-elles différentes ou similaires à celles effectuées auprès du reste de la population carcérale ?</p> <p><i>En cas de disparités dans la manière d'interagir ou d'intervenir auprès des détenues souffrant d'une maladie psychique, rebondir : ➔ Pouvez-vous expliciter les raisons de ces différences ?</i></p>	<input type="checkbox"/> Prise en charge spécifique (disparités)
		<input type="checkbox"/> Prise en charge non spécifique (similitudes)
		<input type="checkbox"/> Interventions
Les agents de détention doivent endosser différents rôles et diverses fonctions auprès des détenus souffrant d'une maladie psychique (éducateur, confident, psychologue, soignant, cadrant...)	<p>➤ En préventive, des éducateurs sont présents de façon plus fréquente auprès des personnes détenues. Ce qui n'est pas le cas des assistants sociaux en exécution de peine qui voient les personnes détenues lors d'entretiens individuels. Avez-vous l'impression de remplir parfois ce rôle d'éducateurs auprès des détenus ?</p>	<input type="checkbox"/> Rôles
		<input type="checkbox"/> Fonctions
		<input type="checkbox"/> Adaptation
Tous les agents de détention ne prêtent pas une attention particulière aux problématiques psychiatriques et à la souffrance et à la détresse	<p>➤ Quelle place accordez-vous à l'échange et aux discussions auprès des personnes détenues ?</p>	<input type="checkbox"/> Relation aux détenus
		<input type="checkbox"/> Dialogue, écoute
		<input type="checkbox"/> Disponibilité
Les agents de détention doivent sans cesse rééquilibrer leurs interventions entre les temps accordés à la relation aux détenus et leur mandat principalement axé sur les aspects sécuritaires	<p>➤ Les aspects relationnels du métier péjorent-ils les paramètres sécuritaires ou au contraire, préviennent les passages à l'acte ?</p>	<input type="checkbox"/> Equilibre, marge de manœuvre
		<input type="checkbox"/> Bénéfices et/ou désavantages
		<input type="checkbox"/> Aide, soutien aux détenus
		<input type="checkbox"/> Cadre de travail
Les agents de détention doivent de plus en plus faire face à des gestes, actes, verbales ou non verbales hétéro et/ou auto agressifs	<p>➤ L'auto ou l'hétéro agressivité : comment gérez-vous ces actes ? Qu'est-ce que cela suscite chez vous ?</p>	<input type="checkbox"/> Approfondissement d'une thématique
		<input type="checkbox"/> Attention accordée à une problématique
		<input type="checkbox"/> Actions mises en œuvre

Les agents de détention sont confrontés malgré eux aux problématiques découlant d'une maladie psychique.	➤ Les personnes souffrant de maladie psychique ont-elles leur place en prison ? ➤ S'intéresse-t-on aux difficultés que vous pouvez rencontrer face à cela ? Vous sentez-vous soutenus et écoutés ?	<input type="checkbox"/> Propositions <input type="checkbox"/> Améliorations <input type="checkbox"/> Points positifs vs points négatifs
Les agents de détention sont les professionnels les plus présents dans le quotidien des détenus. Ce sont eux qui se trouvent aux premières loges de la vie au sein du cellulaire et par conséquent, des éventuelles stigmatisations, agressions et autres brimades que peuvent subir les personnes plus fragilisées	➤ Les personnes souffrant de maladie psychique subissent-elles davantage de pression, de stigmatisation, voire d'agression de la part de leurs codétenus ?	<input type="checkbox"/> Observations, constations <input type="checkbox"/> Impuissance <input type="checkbox"/> Indifférence
Les agents de détention n'ont pas forcément une pleine connaissance du système judiciaire dans son ensemble et doivent apprendre à pallier à ce manque d'informations qui pourrait permettre une meilleure compréhension de certains enjeux intervenant dans le régime de peine d'un détenu sous art.59 CPS	➤ Que pensez-vous de l'art.59 CPS et de tout ce qui peut en découler ?	<input type="checkbox"/> Prise de conscience des enjeux <input type="checkbox"/> Art. 59 ; son articulation <input type="checkbox"/> Durée indéterminée de la mesure
Lors de mon stage, j'ai très vite remarqué que tous les agents de détention n'ont pas les mêmes approches vis-à-vis des détenus en général et particulièrement par rapport à ceux qui souffrent d'une pathologie psychiatrique. Il semblerait qu'il y ait deux grandes « catégories », deux « profils types » de surveillants	➤ Y'a-t-il des agents de détention « type » ? Comment se passe la collaboration d'agents de détention ne partageant pas la même vision du métier ou n'ayant pas les mêmes sensibilités ?	<input type="checkbox"/> Comparaisons <input type="checkbox"/> Remarques, critiques <input type="checkbox"/> Pressions subies <input type="checkbox"/> Se faire entendre vs se taire <input type="checkbox"/> Confronter vs faire abstraction

Les aspects sécuritaires prennent parfois le dessus sur les échanges et le temps accordé aux aspects relationnels.	➤ Votre métier se résume-t-il aux aspects sécuritaires ?	<input type="checkbox"/> Sécurité
	1. Sécurité vs Ecoute, dialogue et relations ?	<input type="checkbox"/> Contact avec les détenus
	2. Sécurité = protection ? contrôle ? ordre ?	<input type="checkbox"/> Priorités
	3. Sécurité = équilibre entre le dialogue et la répression ?	

Annexe 4 : les principes déontologiques

La psychiatrie en milieu carcéral se réfère à des principes fondamentaux, réaffirmés par les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales en 2002¹³, tels que :

- Le droit à la santé et l'accès aux soins pour les détenus (fournir les mêmes qualités de soins aux personnes détenues qu'à la population générale malgré les difficultés inhérentes au milieu carcéral)
- Le principe d'équivalence des soins avec le milieu libre (impose qu'une personne incarcérée doit pouvoir bénéficier du même traitement que celui prescrit à quelqu'un au sein de la population en générale)
- Le refus d'associer les équipes médicales aux aspects de contrôle sécuritaire
- Le respect du secret médical et du consentement
- L'indépendance statutaire et budgétaire des équipes de soin vis-à-vis des autorités pénitentiaires

¹³ Cours SSP donné par Bruno Gravier le 15 mars 2007 à l'université de Lausanne